Année 1911 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

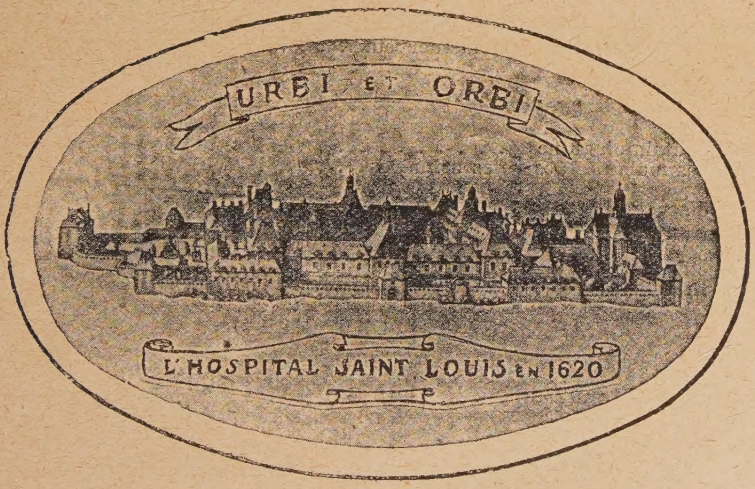
PAR

Roger MIREUR

Né à Marseille le 28 avril 1886

PLAQUES MUQUEUSES BUCCALES TARDIVES

Président : E. GAUCHER. *professeur*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Mon premier maître et mon meilleur ami

En faible témoignage de ma profonde affection.

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR LE PROFESSEUR

AUGUSTE QUEIREL

Directeur de l'École de Médecine de Marseille
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

ET DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de clinique des Maladies cutanées et syphilitiques

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

« Si rien n'est plus facile que de préciser où commence la période secondaire de la syphilis, en revanche, il est bien autrement difficile de dire *où elle finit.* »

(A. Fournier.)

« La plaque muqueuse peut être une lésion de toutes les périodes de la syphilis. »

(Hillairet et Gaucher.)

Messieurs,

Le sujet que nous nous sommes proposé de traiter repose sur l'apparition de certains accidents secondaires de la syphilis, dans une période ultérieure à celle qu'ils occupent ordinairement.

Ce fait anormal, dont l'authencité n'est plus à faire aujourd'hui, est capable d'entraîner à sa suite les plus dangereuses conséquences et le méconnaître serait, pour le praticien, s'exposer à de graves responsabilités.

Un malade se présente à la consultation :

« Docteur, dit-il, j'ai depuis quelques jours, dans la bouche, des « *écorchures* » qui ne veulent pas guérir. »

A l'examen, nous constatons sur les bords de la langue et sur les lèvres des petites érosions semblables aux plaques muqueuses érosives de la période secondaire de la syphilis.

A notre question : « Avez-vous eu la syphilis ? » le malade nous répond :

« La syphilis ? oui. Mais il y a très longtemps, au moins quinze ans. Mon docteur m'a dit, il y a six ans, que j'étais guéri et m'a même autorisé à me marier. »

Devant la gravité des conséquences du diagnostic que nous avons posé, nous voulons pouvoir le confirmer. L'examen à l'ultramicroscope d'une goutte de sérosité recueillie sur la légère érosion nous montre le « spirochæte pallida » avec tous ses caractères.

Il y a lésion secondaire, il y a tréponème, il y a contagion.

Quel danger social est cet homme, inconscient des conséquences néfastes qu'il traîne avec lui !

Qui sait si, à l'heure où il nous parle, sa femme n'est pas déjà en puissance d'incubation, ayant contracté la syphilis à cette source d'apparence bénigne, victime du brusque réveil d'une affection capricieuse, qu'un époux ignorant et un médecin trop bénévol croyaient à jamais endormie.

Grave question que celle de l'apparition d'accidents contagieux, dans une période où, jusqu'à ces dernières années, l'on considérait la syphilis comme inoffensive !

Sur les conseils de M. le professeur Gaucher, nous n'avons pas hésité à faire de ce sujet celui de notre thèse.

Nous avons volontiers divisé le chapitre si vaste aujourd'hui des syphilides secondaires tardives pour

nous occuper plus spécialement des plaques muqueuses.

Celles-ci nous ont particulièrement intéressés par leur nature le plus souvent humide et par cela même contagieuse.

D'autre part, des différentes sortes de plaques muqueuses apparaissant plus de trois ans après l'accident primitif, celles de la bouche sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus dangereuses de par leur localisation même, leur aspect bénin et leur existence souvent méconnue.

Dans cette étude nous ne parlerons pas des plaques muqueuses pouvant survenir plus ou moins tardivement chez les hérédo-syphilitiques (1). Ces cas doivent rentrer dans le cadre de la syphilis héréditaire tardive et font l'objet d'une étude spéciale.

Au début de ce travail, nous rendons hommage et adressons l'expression de notre reconnaissance à tous les maîtres qui ont successivement guidé, soit à Marseille, soit à Paris, le cours de nos études médicales.

Nous remercions ceux d'entre eux qui nous ont spécialement enseigné, de façon si complète et si claire, la dermatologie et la vénéréologie, dans les leçons du cours de perfectionnement sous la présidence de M. le professeur Gaucher.

Nous n'oublierons pas leurs préceptes, et durant

1. Gaucher et Fouquet, *Plaques muqueuses buccales chez un hérédo-syphilitique de vingt-trois ans.* (*Ann. de Derm. et Syphiligr.*, 1908).

notre carrière médicale, nous nous efforcerons de nous montrer dignes d'avoir été leurs élèves.

Notre reconnaissance s'adresse tout particulièrement à M. le professeur Gaucher pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse, pour l'accueil si favorable qu'il nous a réservé dans son service à l'hôpital Saint-Louis, pour ses conseils, ses leçons, sa haute direction en un mot, où la science du professeur n'avait d'égale que la bienveillance du maître.

Plaques Muqueuses Buccales tardives

I

HISTORIQUE

Lorsque nous avons essayé de faire l'historique, jusqu'à l'époque de Ricord, des « plaques muqueuses tardives » (1), nous nous sommes bien vite aperçu, par les difficultés de nos recherches, que ce travail était impossible.

Tous ceux qui ont étudié, avant 1838, le *mal vénérien*, n'ont distingué dans l'évolution de la maladie que deux époques. Dans la première, ils placent l'accident primitif et local, et dans l'autre, tous les autres accidents consécutifs, que nous rangeons aujourd'hui dans les périodes secondaires et tertiaires : d'où la plus grande confusion dans tout ce qui a trait à cette seconde époque.

Ces manifestations consécutives de la « vérole » ne sont soumises comme date d'invasion et ordre de succession à aucune loi.

1. L'historique des « plaques muqueuses buccales tardives » se rattache à celui des syphilides secondaires tardives en général. C'est donc ce dernier que nous écrirons, en faisant celui des plaques muqueuses buccales, chaque fois que l'occasion s'en présentera.

Bien plus, il n'est fait aucune mention, dans les documents que nous avons consultés, d'accidents vraiment tardifs, et si quelques-uns de ces derniers, tels que les papules humides, apparaissaient à une époque à laquelle on n'avait plus coutume de les observer, ces lésions récidivantes faisaient penser à de nouvelles contagions.

D'autres observateurs ne rattachaient point ces manifestations éloignées à leur véritable cause. Ils ignoraient encore la différenciation des syphilides avec les autres affections cutanées, ou bien si le diagnostic était douteux, ils avaient recours à l'épreuve du traitement et nous savons aujourd'hui combien rebelles et tenaces se montrent certains accidents de récidive de la syphilis.

L'on comprend aisément pour toutes ces raisons que des observations sérieuses aient été impossibles, à cette époque.

Hunter (1) un des premiers émet une division dans la « syphilis constitutionnelle ». Il enseigne que les lésions qui apparaissent les premières sont celles de la peau et des muqueuses, à cause de leur exposition à l'action du froid ; puis que la maladie gagne les organes plus profonds, tels que les os et le périoste. Mais, ayant observé des exceptions, il ajoute « que cet ordre d'apparition dans les symptômes peut être interverti et que les lésions de la peau

---

1. Hunter, *Traité des maladies vénériennes*, 1786, traduit par Ricord, 1859.

et des muqueuses peuvent se montrer plus tardivement. »

Plus tard, Alibert (1) établit une séparation radicale entre les éruptions ordinaires de la peau et celles qui reconnaissent pour cause la vérole. Il réunit ces dernières en un groupe et les désigne sous le nom de *syphilides*. Puis il les divise en *précoces* et *tardives*, mais cette dénomination ne signifie point une anomalie dans leur ordre d'apparition, et correspond à peu près, à ce que vont être les accidents secondaires et tertiaires de Ricord.

Seule, la division de la syphilis en trois périodes distinctes, permet d'observer des cas de syphilides secondaires vraiment tardives et nous allons suivre, depuis cette époque, l'évolution des idées sur ce sujet.

Ricord (2), en 1838, cite le cas d'une malade atteinte d'ulcérations secondaires de la gorge, huit ans après le chancre, et l'observation de ces accidents apparaissant dans l'époque tertiaire, montre déjà que la division en trois périodes de l'évolution de la syphilis peut être parfois en défaut ; mais cette exception ne semble pas avoir alors une grande importance, car Ricord nie la contagion de tous les accidents secondaires, et, comme preuve, il inocule sans résultat à la cuisse de la malade, de la sérosité prise sur ses ulcérations !

---

1. Alibert, *Précis théorique et pratique des maladies de la peau*, 1822.

2. Ricord. *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1838.

Cinq ans plus tard, Cazenave (1) semble devancer toutes les idées de son temps, sur la question, et fait preuve d'une grande expérience et d'un jugement très sûr. Ses écrits sur les « *Syphilides* » conservent toute leur valeur, aujourd'hui encore : « Les symptômes secondaires, dit-il, apparaissent à des époques tout à fait variables. Ainsi, on les voit survenir six mois, un an après la disparition des symptômes primitifs, et d'un autre côté, je les ai observés plusieurs fois après des périodes de trente et de quarante années, sans qu'il se soit rien passé entre leur apparition et les symptômes primitifs, rien qui annonce une contamination nouvelle ou qui trahisse l'existence du tempérament syphilitique ; c'est dans les cas de ce genre qu'on apprécie toute la puissance de la médecine ; c'est là que l'observation et l'expérience ont toute leur valeur c'est là qu'il faut porter un diagnostic précis, sans renseignement aucun et souvent malgré les renseignements ; car le plus ordinairement les malades, qui ne peuvent croire à une pareille liaison entre deux affections si éloignées, n'hésitent pas à nier ».

Presque en même temps, Davasse et Deville (2), étudiant « les Plaques Muqueuses », écrivent semblablement : « Un de nous, dans le service de M. Ricord, a observé un cas de récidive qui

---

1. Cazenave, *les Syphilides* 1843.

2. Davasse et Deville, *Des plaques muqueuses.* (*Archives générales de médecine*, 1845 et 1846.

démontre péremptoirement un fait qu'il ignorait jusque-là et que la plupart des praticiens paraissent ne pas connaître : à savoir, qu'un traitement mercuriel des plus réguliers, des plus efficaces, fait à propos, n'empêche pas les malades, en apparence bien guéris et sans nouvelle infection primitive, d'avoir plus tard une répétition d'accidents secondaires et de vraies récidives. Ceci est rare, mais se voit. »

En 1851, Ricord (1) affirme. « Il faut autre chose que la date de son apparition pour caractériser et définir un accident qui se manifeste » et à l'appui de sa théorie, il cite l'observation (2) d'un homme de quarante-trois ans atteint de chancre syphilitique avec phimosis en 1838 et qui en 1846, vient se faire traiter à l'hôpital du Midi, pour des tubercules ulcérés de la langue : « Il s'agit bien chez ce malade, ajoute le savant, d'accidents syphilitiques secondaires tardifs ou de transition, dont l'origine doit être rapportée au chancre induré, larvé par le phimosis. »

Dès lors, le fait est établi et parmi les auteurs qui écrivent à cette époque sur la « maladie vénérienne », tous, plus ou moins, ont observé des cas de syphilides secondaires dans la période tertiaire, et, particulièrement, des plaques muqueuses.

Pour Bassereau (3) en effet, la « grande papule

---

1. Ricord, *Traité complet des maladies vénériennes*, 1851.
2. Ricord, Planche XXXV, *Tubercules ulcérés de la langue*. Accidents secondaires tardifs.
3. Bassereau, *Syphilides*, 1852.

humide » est une des éruptions syphilitiques les plus sujettes à récidives.

Vidal (de Cassis) (1) devance les idées de son époque au sujet de la contagion de ces accidents et en démontre le danger par le fait de la transmission du nourrisson à la nourrice et des adultes entre eux.

Bazin (2) divise les syphilides en résolutives et ulcéreuses et leur accorde une durée variant entre quelques mois à plusieurs années.

Cullerier (3) dit : « Il arrive quelquefois que la syphilis semble avoir épuisé la série de ses manifestations secondaires, lorsque brusquement une ou plusieurs plaques muqueuses apparaissent soit aux parties génitales, soit à la gorge, soit à la commissure des lèvres. »

Pour Diday (4), cependant, ces plaques muqueuses tardives semblent un fait anormal. Il en recherche la raison dans des causes toutes locales, et, pour lui, le diagnostic de syphilis ne doit pas être porté par leur présence.

A cette époque éclate la fameuse polémique, sur la contagion possible des accidents secondaires, entre Velpeau, d'une part, et Cullerier et Ricord de l'autre : « Je connais un confrère, écrit ce dernier (5) en 1863, qui n'a pas pu se débarrasser d'accidents secondaires qui se sont le plus souvent

1. Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*, 1855.
2. Bazin, *Leçons sur la syphilis et les syphilides*, 1859.
3. Cullerier, *Traité des maladies vénériennes*, 1861.
4. Diday, *Histoire naturelle de la syphilis*, 1863.
5. Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 1863.

reproduits dans la bouche et qui a été plus qu'insouciant, plus qu'imprudent, sans avoir jamais rien transmis. »

Mais bientôt les expériences de Waller, Rinecker, Lindmann, Vidal (de Cassis) et autres, la méthode de confrontation de Bassereau, la thèse de Fournier (1), les écrits de Langlebert (2) tranchent la question, prouvent la contagiosité de la période secondaire et Ricord est obligé de céder.

Dès ce moment, commence une ère nouvelle dans l'histoire de notre sujet. Les syphiligraphes admettent que les accidents secondaires et particulièrement les plaques muqueuses peuvent récidiver ou apparaître tardivement; d'autre part, ils reconnaissent leur contagiosité. Mais alors, une question se pose : jusqu'à quelle époque de la maladie peut-on observer ces syphilides muqueuses contagieuses?

Sur ce sujet des faits de tout ordre ont été observés, discutés et diversement interprétés, mais peu de syphiligraphes ont su se mettre d'accord. Auraient-ils pu l'être à cette époque? Ils ne le sont pas tous aujourd'hui!

La période dangereuse des syphilides muqueuse est portée successivement à un an pour Langlebert (3), deux pour Diday trois pour M. A. Fournier (4) et six pour Mauriac (5).

---

1. A. Fournier, *Contagion de la syphilis*. Th. de Paris 1860.
2. Langlebert, *Maladies vénériennes*, 1864.
3. Langlebert, *Traité des maladies vénériennes*, 1867.
4. A. Fournier, *Leçons sur la syphilis*, 1881.
5. Mauriac, *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1883.

Au 1er Congrès International de dermatologie et de syphiligraphie, tenu à Paris en 1889 (1), Portalier rapporte un cas de syhilides papulo-squameuse des lèvres, huit ans après le chancre et M. Landouzy un cas de cantagion après cinq ans de syphilis.

Une thèse est soutenue en 1892 par Delansorne, sur « les manifestations syphilitiques récidivant *in situ* » : « Le diagnostic de ces lésions est parfois difficile, dit-il. Il n'est pas rare de voir l'affection reparaître et la contagion se produire après plusieurs années de silence complet, alors que le souvenir du chancre et des premières éruptions est presque entièrement éteint, voir même perdu. »

Pour Hillairet, « la plaque muqueuse peut être une lésion de toutes les périodes de la syphilis ».

En 1894, Tchistiakoff, l'élève de Tarnowsky, conclut dans sa thèse que « tous les accidents secondaires sont contagieux, quelle que soit la date de leur apparition après le chancre. »

Mais en 1896, au Congrès de Londres (3), l'accord ne peut être fait sur la même question. Pour Hutchinson, le stade secondaire et sa contagiosité ne se prolonge pas au delà de deux ans et pour Campana,

---

1. Compte rendu du Congrès international de Dermatologie et de syphiligraphie, tenu à Paris en 1889.

2. Tchistiakoff : « Sur la période condylomateuse (secondaire) de la syphilis, sa durée ; la contagiosité de ses manifestations tardives. » Th. de Saint-Pétersbourg, 1894.

3. Comptes rendus du Congrès International de Dermatologie et Syphiligr. Londres, 1896.

pas au delà de trois ans. Le professeur Lassar de Berlin déclare le problème encore insoluble.

Le Dr Feulard (1), élève de M. Fournier, présente une étude fortement documentée, et tout en reconnaissant trois à quatre ans comme terme habituel de la syphilis secondaire, il estime que la contagion peut se montrer au delà, après six, dix ans et même davantage.

Enfin, Tarnowsky fournit à ce même congrès une statistique intéressante : Sur 1.000 syphilis secondaires, 802 durent de un à cinq ans, 163 au delà de cinq ans, 26 après dix ans et 5 après quinze ans. « La contagion de la syphilis, conclue-t-il, peut se transmettre tant que les symptômes secondaires existent. »

Tarassevitch (2), en 1897, conclut dans sa thèse, très documentée, « qu'à mesure que l'on s'éloigne du début de la syphilis, la voie buccale joue un rôle de plus en plus important dans la transmission du virus. » Sur 21 cas de syphilis tardives contagionnantes, il compte 11 accidents buccaux.

Depuis, les vénéréologues se sont tous occupés plus ou moins de la question. Ces accidents tardifs ont été regardés comme une anomalie de la division de la syphilis en trois périodes, mais plusieurs points, tel que la cause de ces récidives, restent encore dans l'ombre.

Citons les travaux de MM. Gaucher, Hallopeau,

---

1. Feulard, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1896.
2. Tarassevitch, *Contagiosité syphilitique tardive*, 1897.

Mauriac, Émery, Morell-Lavallée, Druelle, Gastou, Nielsen, Pappée, etc., auxquels nous emprunterons bien des pages.

En 1906, M. le professeur Fournier (1) traite « la Syphilis Secondaire Tardive » en un volume de deux cents pages environ. Il y a peu de chose à ajouter aujourd'hui aux écrits du maître, qui a définitivement fixé les idées sur la question.

Depuis cette époque, deux découvertes sont venues corroborer le travail du savant syphiligraphe, ce sont la découverte du « Treponema pallidum » et la « réaction de Wassermann ». Tout particulièrement la recherche immédiate du tréponème dans les plaques muqueuses tardives est venue ajouter un puissant élément de diagnostic dans la différenciation de ces lésions. Le laboratoire a confirmé la clinique.

---

1. A. Fournier, *la Syphilis secondaire tardive*, 1906.

II

DÉFINITION. — FRÉQUENCE SYMPTOMATOLOGIE ANATOMIE PATOLOGIQUE

Que devons-nous entendre exactement par « plaques muqueuses buccales tardives » (1) ? La décomposition du terme lui-même nous permettra d'en donner une définition plus complète et plus précise. Nous appellerons :

Plaques muqueuses, toutes les syphilides « dermo-papillaires » (2), généralement humides et suintantes, non indurées, qui dans l'évolution normale de la syphilis apparaissent durant la période secondaire.

Buccales, c'est-à-dire pouvant se montrer sur la face interne des lèvres et des joues, sur la langue ou les amygdales et les piliers du voile du palais, plus

1. Nous avons conservé à dessein ce terme de « plaques muqueuses » au lieu d'employer celui de « syphilides muqueuses » que l'on tend à substituer aujourd'hui au premier. Les syphilides buccales humides, qui nous occupent, sont mieux connues sous le nom de plaques muqueuses, et notre maître, M. Gaucher, leur a conservé cette dénomination.

2. Gaucher, *Chancres et syphilides cutanées et muqueuses*, 1907.

rarement sur le voile du palais lui-même et les gencives.

Tardives, c'est-à-dire apparaissant pour la première fois, ou récidivant, dans une période ultérieure à la période secondaire, plus de trois ans environ après le chancre, et pouvant ainsi coïncider avec des accicents tertiaires ou même les précéder.

La proportion des cas de syphilis secondaire tartive est considérable par rapport au nombre des syphilis en général.

Nous ne saurions mieux faire que de citer les chiffres donnés par M. le professeur A. Fournier (1) :

Sur 19.000 observations de syphilis de tout ordre. 1.096 observations contenaient des cas de syphilis secondaire tardive.

Une proportion de 1 sur 17. Ce chiffre est considérable surtout si l'on songe qu'il représente un minimum, car M. Fournier a rejeté tous les cas douteux. Ricord, après avoir divisé la syphilis en trois périodes, avait eu raison de faire cette restriction quelques années plus tard : « Certaines causes peuvent modifier cet ordre d'évolution et il faut autre chose que sa date d'apparition pour caractériser et définir un accident qui se manifeste (2). »

Voici une autre statistique : c'est celle de Tchistiakoff (3), élève de Tornowsky. Sur 1.000 cas de

---

1. A Fournier, *la Syphilis secondaire tardive*, 1906.
2. Ricord, *Traité des maladies vénériennes*, 1858.
3. Tchistiakoff, thèse de Saint-Péterbourg, 1894.

syphilis secondaire tardive recueillis dans le dossier de la pratique privée de son maître (près de 60.000 fiches) il en trouve :

802 où la période secondaire avait duré moins de cinq ans ;

167 où la période secondaire avait duré de cinq à dix ans ;

26 où la période secondaire avait duré de dix à quinze ans ;

5 où la période secondaire avait duré de quinze à vingt ans.

D'autre part, dans le nombre des accidents secondaires syphilitiques survenant tardivement, ceux de la muqueuse buccale se montrent dans presque la moitié des cas, et, contrairement à ce qui se passe dans les premières années de la syphilis où les plaques muqueuses sont presque également communes dans la cavité buccale et sur la région génitale, dans une phase plus avancée de la syphilis, au cours du tertiarisme, les accidents secondaires de la bouche deviennent incontestablement plus fréquents :

D'après M. le professeur A. Fournier :

Sur 1321 cas de syphilides secondaires tardives, 614 sont des syphilides cutanées, 533 des plaques muqueuses de la bouche, 107 des syphilides muqueuses des organes génitaux.

Cinq fois plus de lésions buccales que de génitales ! Nous en trouverons les raisons dans le chapitre de l'étiologie. et les conséquences dans celui de la contagiosité.

Cette fréquence d'accidents contagieux de la bouche ne méritait-elle pas qu'une sélection soit faite comme nous l'avons fait dans le domaine des syphilides tardives en général, afin que l'attention se portât plus spécialement sur les plaques muqueuses buccales ?

Mais toutes les régions de la bouche ne sont pas également le siège de ces syphilides.

Sur 434 de ces syphilides buccales ; 42 avaient pour localisation les lèvres ; 7 les amygdales ; 12 le palais ; et 371 siégeaient sur la langue.

C'est donc la langue qui est le siège habituel de ces lésions tardives.

Ces plaques muqueuses buccales, bien qu'apparaissant tardivement ou récidivant, n'en présentent pas moins les mêmes caractères et les mêmes variétés que lorsqu'elles se montrent dans la période secondaire normale : c'est-à-dire qu'elles peuvent être ramenées à un des quatre types suivants : *Erosif*, *ulcéreux*, *papulo-érosif* et *hyperthrophique* ou *végétant*.

Il est cependant une forme particulièrement tardive, toujours linguale, remarquable pour sa fréquence et sa durée : C'est la *Glossite dépapillante* de M. le professeur A. Fournier, encore appelée *plaque lisse ou fauchées*. Elle constitue une variété, plus étendue et lisse de la plaque muqueuse érosive. M. A. Fournier qui l'a particulièrement obser-

vée et décrite la compte 170 fois sur 371 syphilides linguales tardives obs. VII-VIII et IX).

Nous allons décrire rapidement les *caractères objectifs* de chacun de ces types :

Les plaques muqueuses érosives (1) ou *syphilides exulcéreuses*, forme sous laquelle se présentent le plus habituellement ces lésions buccales, au cours de l'étape tertiaire, sont de simples érosions minimes, superficielles, d'apparence bénigne et d'autant plus souvent méconnues qu'elles apparaissent tardivement.

Elles peuvent prendre toutes les formes et des dimensions variables, généralement de la grosseur d'une lentille. Le plus souvent de couleur rougeâtre, elles sont parfois *opalines* et d'aspect *diphtéroïde*. Leur siège est surtout la langue, les amygdales et la face interne des lèvres. On les a comparées souvent à des « coups d'ongle » donnés dans la muqueuse. Sur les bords de la langue et les commissures des lèvres elles prennent quelquefois l'aspect *fissurique*. Enfin, très fréquemment, elles couvrent une partie de la langue, sous la forme de *plaques fauchées* : C'est alors la *Glossite dépapillante* de A. Fournier que nous décrirons à part.

Les plaques muqueuses ulcéreuses sont des ulcérations qui intéressent le derme, plus profondes par

---

1. Notes empruntées à M. Gaucher : *Chancre et syphilides*, 1907.

conséquent que les lésions précédentes, mais moins cependant que les ulcérations de la période tertiaire. Elles ont des bords souples et non infiltrés. Leur grandeur varie de celle d'une lentille à une pièce de cinquante centimes. Elles sont de couleur rouge ou grisâtre et occupent surtout la face interne des lèvres, les bords de la langue et les piliers du voile du palais. C'est une forme fréquente dans la syphilis secondaire tardive.

Les plaques muqueuses papuleuses ou papulo-érosives peu fréquentes dans la bouche se présentent sous l'aspect de petites saillies aplaties, lisses ou excoriées, quelquefois bourgeonnantes, rouges ou blanchâtres, à base légèrement infiltrée, assez semblables aux syphilides papuleuses de la peau.

Les plaques muqueuses hypertrophiques sont l'exagération du type précédent; elles sont formées d'une réunion de papules, donnant à la lésion un aspect bosselé caractéristique en « dos de crapaud ». Leur siège presque exclusif est la partie postérieure du dos de la langue.

Ces deux dernières formes sont rares en tant que lésions tardives.

La glossite dépapillante de M. le professeur A. Fournier, encore appelée *plaque lisse* ou *fauchée*, est une syphilide superficielle siégeant sur le dos de la langue et tout à fait spéciale à cet organe. C'est, comme nous l'avons dit, un type de plaque muqueuse fréquent dans la syphilis secondaire tardive.

Voici la description très complète qu'en donne M. A. Fournier (1) :

« Au détail, ce que l'on voit est ceci : au milieu du gazon, du chevelu papillaire de la langue, une ou plusieurs surfaces bien circonscrites qui sont devenues lisses, unies, polies, comme si l'on y avait *rasé* les papilles et par cela même, contrastant avec l'état villeux des parties voisines. On dirait (la comparaison est si exacte qu'elle s'impose) des surfaces « fauchées dans une prairie ».

Ces plaques ont toujours des contours nettement accusés. Elles se différencient des parties voisines, non pas seulement par leur état lisse de surface, mais aussi par leur couleur qui est d'un rouge plus foncé que celui de la muqueuse normale.

Avec cela, rien autre, ni tuméfaction, ni infiltration, ni papulation, ni dureté, non plus (ceci est essentiel à spécifier) qu'érosion de surface. La lésion est *sèche* par essence, et l'érosion, l'excoriation, bref la dénudation du derme muqueux n'est jamais pour elle qu'un épiphénomène ou le résultat d'une complication surajoutée. »

Les cas de glossite dépapillante, de physionomie variable, peuvent être ramenés à un des trois types suivants :

La *glossite lisse lenticulaire* constituée par de petites plaques tonsurées, éparses sur le dos de la langue et groupées, le plus souvent, sur la partie antérieure de l'organe.

---

1. A. Fournier, *Syphilis secondaire tardive*, 1906.

La *glossite lisse en nappe*, formée par un placard continue de desquamation papillaire sur une partie du dos de la langue.

La *glossite circinée*, anatomiquement semblable aux deux autres, se différencie par la forme des lésions rondes ou ovales (à grand axe toujours parallèle à celui de la langue), en croissant ou en arc de cercle, quelquefois même en anneau et à centre sain (obs. VII).

Les symptômes subjectifs de ces lésions tardives se réduisent à trois principaux, dont les caractères sont très variables d'un individu à un autre.

Les *phénomènes douloureux* peuvent faire totalement défaut. D'ordinaire ils se traduisent par une simple gêne locale. Dans quelques cas plus rares, ils prennent l'intensité de la douleur vraie.

L'*exagération réflexe de la salive* est tantôt très accusée, tantôt minime.

Les *troubles fonctionnels de mastication, de parole, de déglutition*, s'ils existent, sont généralement bénins.

Ces différences dans un même ordre d'accidents trouvent leur explication dans des conditions matérielles, relevant du siège, du nombre, de l'étendue des lésions, de leur modalité phlegmasique, des complications qui peuvent s'y adjoindre, de l'incurie buccale, des irritations surajoutées, et notamment de l'abus du tabac.

L'adénopathie due aux « plaques muqueuses buccales tardives » est chose rare. Si elle se montre,

c'est sous une forme essentiellement bénigne, indolente, spontanément résolutive, qui se traduit par des petits ganglions mobiles, le plus souvent sous-maxillaire, comparés par les malades à des « noisettes roulant sous la peau ».

L'anatomie pathologique (1) des plaques muqueuses buccales, qu'elles apparaissent en leur temps ou durant la période tertiaire, est tout entière dans une inflammation circonscrite du derme superficiel et du chorion papillaire. Il se forme là un amas de cellules très dense. Les vaisseaux sont enflammés, il y a endo et périvascularite, et les cellules forment autour d'eux des nodules plus ou moins larges.

Du côté du corps muqueux, dont les prolongements s'enfoncent dans le derme, il y a hyperplasie épithéliale considérable : cet état d'hypertrophie est dû en grande partie à l'infiltration par les leucocytes qui sont exsudés dans les parties superficielles du chorion : D'où l'apparence laiteuse et opaline de certaines plaques muqueuses. Dans le type hypertrophique, le même processus a lieu, mais il est exagéré.

« Il s'établit en somme, dit M. Balzer, une véritable exsudation suppurative, constante, à la surface des syphilides papulo-érosives des muqueuses et par laquelle s'explique l'extrême contagiosité de ces lésions. Bertorelli et Volpino ont vu des tréponèmes

---

1. Notes empruntées à M. Balzer, *Maladies vénériennes*, 1910.

nombreux dans le derme et dans le réseau de Malpighi jusque dans la couche granuleuse. »

En somme, l'apparition au cours de la période tertiaire, de simples plaques muqueuses buccales, démontre péremptoirement que les périodes de la syphilis n'ont pas toujours des délimitations très nettes et que l'on ne doit jamais qualifier un accident de *secondaire* ou de *tertiaire*, d'après sa date d'apparition après le début de la maladie, mais bien plutôt d'après ses caractères objectifs, car, comme le dit M. Fournier, « dans une époque où elle n'a que trop pour habitude de se traduire par des accidents sévères, intenses et redoutables, la syphilis peut n'être représentée que par un ordre de manifestations superficielles, bénignes, insignifiantes, à savoir par des érosions du derme et de simples *plaques muqueuses*. »

III

DIAGNOSTIC CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

Diagnostiquer une plaque muqueuse buccale, apparaissant dans la période secondaire, n'est pas toujours chose facile, car cette plaque muqueuse n'a pas de signe objectif qu'on puisse dire caractéristique. Différencier cette même syphilide d'une simple érosion buccale, mais à une époque qui n'est plus la période des accidents secondaires, c'est voir croître les difficultés par la disparition d'un des éléments de diagnostic les plus importants : l'apparition normale, en son temps, d'un accident syphilitique.

Si l'on ajoute, comme il arrive parfois, à cet anachronisme des lésions, la perte du souvenir d'un chancre éloigné, la négation de toute syphilis antérieure, ou l'absence complète d'accidents spécifiques concomitants et de stigmates d'une vérole ancienne, l'on comprend qu'il ait pu se présenter des cas où les meilleurs dermato-syphiligraphes se soient abstenus ou trompés.

Et cependant le diagnostic exact des plaques muqueuses buccales tardives est une chose éminemment importante, car une erreur peut entraîner des conséquences graves pour le malade et engager la responsabilité du médecin.

Prendre une lésion banale pour une syphilide, c'est imposer à un homme non syphilitique une médication mercurielle qui peut aggraver son cas et c'est lui causer à tort des craintes et un tourment inutile.

Méconnaître une plaque muqueuse est autrement grave, car c'est permettre une contagion possible.

C'est pourquoi dans les cas douteux, et ils le sont souvent dans la syphilis secondaire tardive, le praticien ne doit rien négliger ; non seulement il devra mettre à profit ses connaissances et faire œuvre de bon clinicien; mais encore il devra recourir à tous les moyens que la science met à sa disposition afin d'établir un diagnostic rapide et sûr.

Il y a seulement six ans, les syphilides buccales récidivantes restaient souvent indéterminées et méconnues. Elles n'avaient, en effet, pour affirmer leur spécificité que les deux critériums suivants : l'épreuve thérapeutique et la contagiosité ; c'est-à-dire qu'elles ne pouvaient s'attester qu'à échéance plus ou moins longue, par l'effet du traitement ou qu'au prix d'une contagion émanant d'elle.

Aujourd'hui deux découvertes nous facilitent la tache, en nous permettant de vérifier presque immédiatement la valeur de notre opinion sur une lésion. Je veux parler de la recherche du *treponema palli-*

dum dans les accidents secondaires et du *séro-diagnostic* de la syphilis.

Mais l'examen à l'ultra-microscope et la réaction de Wassermann ne sont pas un critérium absolu. Le tréponème peut être confondu, dans la bouche surtout et par un œil insuffisamment exercé, avec d'autres spirochætes vulgaires, ou bien il peut être absent de certaines lésions spécifiques, en traitement. De même, comme l'enseigne dans ses leçons M. le professeur Gaucher, une réaction de Wassermann positive affirme une syphilis, mais une réaction négative ne prouve rien à moins qu'elle ne soit souvent renouvelée.

Néanmoins, l'examen immédiat à l'ultra-microscope d'une goutte de sérosité prise sur une lésion quelconque de la bouche est aujourd'hui d'une technique si simple et d'une valeur si grande, que le praticien est coupable de ne pas s'en servir, dans un cas douteux, pour asseoir son diagnostic sur des bases certaines. De même dans les cas de syphilis existante mais ignorée, la réaction de Wassermann, dans 90 o/o des cas, nous donnera un résultat positif.

Voyons avec quelles lésions syphilitiques ou non syphilitiques on peut être exposé à confondre une « plaque muqueuse buccale tardive ».

Tout d'abord, une *simple érosion inflammatoire*, due à un traumatisme local, tel qu'une dent cariée, ou à une cause d'irritation, telle que l'abus du tabac, doit être différenciée chez un individu absolument sain et chez celui qui a eu, dans son passé, des antécédents de syphilis.

Chez un individu sain, chez lequel on ne relève aucune trace de vérole antérieure, le diagnostic différentiel se fera par la connaissance exacte de la cause (tabagisme, chicot en regard de l'ulcération), la douleur plus vive, la forme plus arrondie, l'aspect plus rouge de la simple érosion ; sa guérison, par la suppression de la cause, et enfin dans les cas difficiles, si l'on craint une syphilis ignorée ou immémoriale, par la recherche du spirochæte et la réaction de Wassermann.

Chez un individu syphilitique, quelle que soit l'ancienneté de l'accident primitif, et l'anachronisme de l'accident secondaire, il faut regarder la lésion comme une plaque muqueuse. En effet, comme nous le verrons dans le chapitre de l'étiologie, toute cause d'irritation dans la bouche d'un syphilitique peut appeler une plaque muqueuse à cet endroit, et il vaut mieux, dans ces cas, comme dit M. Emery, « traiter en syphilitiques 10 malades qui n'ont rien, plutôt que de méconnaître la vérole chez un autre qui l'a ». Le diagnostic pourra être confirmé par la suppression de la cause et l'absence de traitement : la plaque muqueuse persistera, la lésion simple guérira ; enfin on pourra rechercher les spirochætes.

Une *stomatite mercurielle légère et tout à fait au début* peut produire des accidents buccaux qu'il faut éviter de prendre pour des manifestations de la syphilis elle-même. Si ces lésions apparaissent au cours d'un traitement institué en pleine période tertiaire, il importe de ne pas les confondre avec des

« plaques muqueuses tardives ». « C'est surtout chez les fumeurs que ces accidents apparaissent, disent MM. Emery et Lacapère (1). Sous la double influence du mercure et du tabac, les muqueuses linguale et génienne se gonflent et les dents impriment sur la langue une empreinte souvent assez profonde pour faire croire à une ulcération. On peut alors, si l'on se croit en présence de plaques muqueuses, insister sur le traitement mercuriel, aggraver les lésions et déterminer rapidement l'apparition d'une stomatite.

On doit se souvenir que les empreintes dentaires se montrent exclusivement sur les bords de la langue et la face interne des joues, qu'elles sont plus accentuées du côté où le malade se couche, s'accompagnent de salivation exagérée, d'agacement des dents et de goût métallique. Les plaques muqueuses ne donnent qu'une légère sensation de picotement au contact des aliments sapides et siègent en général sur d'autres points : dos de la langue, commissures, amygdales ». A cause du traitement mercuriel en cours, la recherche du tréponème sera généralement négative.

La *vésicule d'herpès* buccal, à son stade érosif, peut être confondue avec une plaque muqueuse tardive, mais elle est plus douloureuse et plus sensible que celle-ci au contact des aliments ; elle a généralement

1. Emery et Lacapère, *Diagnostic des accidents d'intoxication mercurielle et des accidents de la syphilis* (*Annales des mal. vénér.*, 1908).

été précédée, à son début, de signes avertisseurs, tels que picotements et élancements. De plus, il y a souvent coexistence, autour du bouquet principal, de petites vésicules : éléments d'herpès au début et éruption concomitante de même nature autour de la bouche et sur la peau. Enfin la forme objective aidera aussi au diagnostic, si l'on se souvient qu'une érosion herpétique est arrondie, régulière, entourée quelquefois d'une petite collerette blanchâtre, vestige de l'épithélium flétri de l'ancienne vésicule, et que la réunion de plusieurs de ces éléments présente, à la longue, un contour sinueux, *microcyclique* et *polycyclique* pathognomonique de l'herpès. La guérison surviendra plus facilement que pour une syphilide par l'emploi de topiques locaux, tels que le nitrate d'argent, mais l'épreuve par le traitement donnera des résultats trop éloignés et non absolus, car il existe des plaques muqueuses buccales tardives très rebelles au traitement.

Il est une forme d'*herpès récidivant* qui est particulièrement confondue avec les plaques muqueuses buccales tardives. Le diagnostic exact, dans ces cas, est très difficile à faire, mais quand il est douteux, il vaut mieux, à notre avis, tenir pour suspectes ces lésions récidivant incessamment qui semblent trouver leur cause d'appel dans la syphilis. M. le professeur A. Fournier (1) a trouvé celle-ci 19 fois sur 20, chez des malades tourmentés par cet herpès à répétition.

---

1. A. Fournier, *Traité de la syphilis*, 1899.

Du reste, bien que l'étiologie et la pathogénie de ces manifestations soient encore à chercher, M. A. Fournier ne nie pas leur nocuité absolue, et M. Mauriac dit que s'ils ne sont pas contagieux par eux-mêmes, ils peuvent bien l'être par la sérosité qu'ils sécrètent et qu'ils empruntent à un sang syphilitique.

Cet herpès récidivant siège le plus souvent sur les bords de la langue, quelquefois sur les lèvres et a tous les caractères objectifs de l'herpès simple. Il cède momentanément au traitement topique et mercuriel.

Les *aphtes* s'individualisent par leurs caractères morphologiques. Ils sont de forme arrondie, taillée en cupule, comme à l'emporte-pièce, et d'une coloration jaune beurre frais. En dehors de cela, ils sont douloureux, sensibles au contact des aliments et souvent accompagnés d'embarras gastrique ou d'un peu de fièvre.

L'hydroa buccal, dans son stade érosif, a été appelé par M. Fournier le « sosie de la plaque muqueuse buccale ». Il se montre aux mêmes endroits que la plaque muqueuse récidivante, le plus habituellement sur la muqueuse des lèvres ou le plateau dorsal de la langue. Pour établir un diagnostic, il faut chercher la coexistence d'un exanthème hydroïque sur la peau, s'il s'agit d'hydroa, et d'autres accidents spécifiques ou de stigmates, s'il s'agit de syphilis. La recherche du spirochæte et la réaction de Wassermann viendront en aide dans les cas difficiles. L'épreuve par le traitement n'est pas

un critérium, car l'hydroa buccal, lésion passagère, peut disparaître spontanément au moment de l'administration du mercure.

La *perlèche* prêtera peu à confusion avec des accidents secondaires tardifs, car elle survient en général chez les enfants. Mais elle peut se transmettre par contagion à l'adulte et apparaître sous forme de sillons ulcéreux, de rhagade des commissures, très difficiles à diagnostiquer des plaques muqueuses fissuriques à cet endroit. Il faut toujours chercher la syphilis et faire un examen bactériologique. L'agent pathogène de la perlèche est encore inconnu.

L'*ingestion* d'antipyrine peut être suivie de lésion linguale *dépapillante*, absolument *syphiloïde*. M. Morel-Lavallée (1) cite un cas de glossite antipyrinée simulant des plaques agminées, chez une femme n'ayant jamais eu d'accident syphilitique. Le diagnostic se fera par l'étiologie de l'affection, son invasion soudaine, l'acuité de la douleur et l'insuccès du traitement mercuriel. Il faut penser cependant à la syphilis et la rechercher par les moyens habituels.

Une *ulcération tuberculeuse* peut avoir l'apparence d'une « plaque muqueuse buccale tardive », mais la constatation des points jaunes de Trélat, la recherche du bacille de Koch et du tréponème, l'inoculation au cobaye trancheront le diagnostic. Le traitement mercuriel peut aggraver les lésions tuberculeuses.

---

1. Morel-Lavallée, *Lésions syphiloïdes de la bouche et de la langue* (*Bulletin de la Soc. de Derm. et de Syph.*, 1893).

Une plaque muqueuse buccale tardive, opaline et diphtéroïde, peut être prise pour une *plaque de leucoplasie au début;* mais la teinte blanchâtre de la surface est donnée dans la leucoplasie par une infiltration de la muqueuse et une kératinisation de la couche épithéliale, tandis qu'elle est due dans la plaque muqueuse à un enduit pseudo-membraneux, sans reflet nacré, non adhérent, et qui disparaîtra par le traitement. L'on se souviendra cependant de la transformation possible, comme l'a signalé M. le professeur Gaucher, des plaques muqueuses récidivantes en placards de leucoplasie (V. Evolution).

De même l'*enanthème buccal* du *lichen plan*, siégeant sur la face interne des joues, au niveau de l'interligne dentaire ou sur le dos de la langue, se distinguera de la plaque muqueuse diphtéroïde par l'aspect *chagriné* de sa surface, sa forme fréquente en *feuille de fougère*, la coexistence possible d'éruptions cutanées de même nature et sa résistance au traitement mercuriel.

Il existe une affection linguale, dans les antécédents de laquelle on retrouve fréquemment la syphilis et qui, pendant longtemps a été regardée comme une plaque muqueuse. Sa nature exacte, n'est pas encore déterminée aujourd'hui. Nous voulons parler de la *glossite exfoliante marginée*, encore appelée desquamation linguale en aires (1), intertrigo linguale, langue en cartes de géographie, etc... C'est

1. Bonnet, *Ann. des mal. vénér.*, 1908.

une lésion plus fréquente chez l'enfant, « mais on ne doit pas en méconnaître l'existence chez les grandes personnes » à cause de sa ressemblance avec une syphilide érosive ou une glossite dépapillante.

Elle s'en distingue, d'abord par son liseré périphérique, remarquable par sa finesse, sa couleur blanc d'argent et son trajet curviligne arciforme, ensuite par la marche *nomade* de l'affection, sur la face dorsale de la langue, ce qui l'avait fait qualifier par M. A. Fournier de *glossite ambulante*.

Le mercure n'exerce sur elle aucune influence modificatrice. Cette lésion coïncide habituellement avec la déformation connue sous le nom de langue scrotale, et, pour M. Gaucher, l'hérédo-syphilis, par son action dystrophiante indiscutable, semblerait bien avoir quelque part dans la genèse de l'affection.

La question de la contagion de la glossite exfoliatrice marginée n'est pas encore tranchée, mais à notre avis, dans un cas douteux, avec des antécédents syphilitiques, entre deux maux, il vaut mieux quelquefois croire au pire et regarder la lésion comme syphilitique et dangereuse.

Comme nous avons eu occasion de le répéter, au cours de ce chapitre, pour établir le diagnostic d'une lésion buccale douteuse, l'examen clinique doit le plus souvent s'accompagner de la recherche à l'ultra

microscope, du micro-organisme de la syphilis (1). Mais dans la bouche, il existe d'autres spirochætes, saprophytes ou pathogènes, mais non syphilitiques, et il importe de savoir les différencier, de façon à ne pas prendre pour un tréponème un spirille banal qui n'a de commun avec lui que l'aspect extérieur.

L'œil s'habitue assez vite à diagnostiquer ces différentes sortes de spirochætes, *pallida* ou autres, qui peuvent se trouver réunis dans la bouche.

On connaît les caractères du « treponema pallidum » examiné vivant, dans une goutte de sérosité, soit pure, soit diluée dans une autre goutte de sérum physiologique. Sa forme est celle d'un tire-bouchon, ou d'un ressort à boudin, de 8 ou 15 tours de spires, très effilé à ses extrémités où l'enroulement n'existe plus. Le filament lui-même de la spirale est très mince et très régulier, sauf cependant par place, où quelquefois existent des segments plus espacés et plus épais qui coïncident avec une disparition plus ou moins complète de quelques tours de spire. Les mouvements se font à peu près sur place et autour du grand axe sinusoïdal. Ils se décomposent en mouvements de « vis », très rapides; en mouvements d'« anguille », c'est-à-dire que l'une des extrémités du parasite se jette alternativement d'un côté et d'autre ; et en mouvements d'« étirement ou d'onde » allant d'un bout

---

1. M. Gaucher, *Journal des praticiens*, 1910, p. 740. — M. Gastou, *Presse médicale*, avril 1908. — M. Comandon, Thèse de Paris, 1908 et *Ann. des mal. vénér.*, 1909.

à l'autre de la spirale. Quand le filament rencontre un corps solide, tel qu'un globule sanguin, il semble d'abord vouloir s'y visser, puis s'en détacher, en s'allongeant et en se raccourcissant, comme un ressort : c'est ce que M. Comandon appelle la « viscosité » du tréponème.

Les spirochætes, que l'on pourrait confondre avec lui dans la bouche, font partie de ce qu'on a appelé la symbiose de Vincent : c'est une association microbienne qui se rencontre dans l'enduit dentaire ou dans l'angine ulcéro-membraneuse.

Ce sont le « spyrochæte dentium ou refringens », et le « spirochæte buccalis ». Le premier est un peu plus grand que le second, mais tous deux se distinguent du parasite de la syphilis, en ce que le diamètre de leur spirale est plus petit, tandis que le diamètre de leur filament est plus gros. Ils présentent davantage le type d'un tire-bouchon que d'un ressort à boudin. Ils sont aussi plus réfringents.

De plus, ils sont irréguliers ; leurs tours de spires sont peu nombreux et plus écartés les uns des autres ; leurs extrémités ne sont pas effilées et forment souvent des sortes de crochet. Ils présentent dans le sens de leur longueur des cassures. Ils ont des mouvements de « vis », et, autour de leurs brisures, comme charnières, des mouvements de « fléau » qui leur sont propres. Ils se meuvent avec rapidité, changent de place, s'arrêtent, repartent, mais sans posséder les mouvements d' « ondes, d'étirement », ni d' « anguilles » que nous avons rencontrés chez le tré-

ponème, ce qui les rend moins subtils et moins élégants que celui-ci (1).

1. Observations recueillies dans le laboratoire de M. le professeur Gaucher (M. Paris) et dans celui de M. Milian, durant le cours de perfectionnement de dermatologie et de syphiligraphie.

IV

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des « plaques muqueuses buccales tardives, » de même que celle de tous les accidents secondaires tardifs en général, est encore mal déterminée.

La syphilis est infiniment capricieuse. Elle aime le nouveau, le changement, l'imprévu et par ses manifestations inattendues, elle confond les observateurs, effondre les théories. L'homme connaissant ses causes croit pouvoir en supprimer les effets : les effets se reproduisent sous d'autres causes. Et c'est ainsi que dans bien des cas, dans l'apparition de ces accidents secondaires tardifs, par exemple, la syphilis semble se jouer de l'homme, de son peu de savoir et de son impuissance.

Malgré tout, celui-ci, dans son inlassable besoin de science, cherche à savoir quand même ; il observe des faits et fonde des hypothèses, et, comme, malgré les exceptions, ce sont les grands nombres qui créent les lois, il arrive à se faire une opinion dont il saura tirer tout le parti nécessaire à l'occasion.

L'étiologie des « plaques muqueuses buccales tardives » n'a pas été à l'abri de ces recherches et si les causes générales de l'apparition de ces lésions nous sont peu connues, nous savons du moins les influences locales et occasionnelles qui nous donnent plus spécialement l'explication de leur localisation dans la bouche.

Les *causes générales* ne reposent en effet que sur des hypothèses et ont donné lieu à des théories très diverses.

Il n'est pas invraisemblable qu'il persiste dans l'organisme, après guérison du chancre et des premiers accidents secondaires, de nombreux centres pathologiques, petits nodules fibreux ou petits syphilomes, autour d'artérioles et de veinules thrombosées, dans lesquels se trouvent assemblés à l'état latent des spirochætes.

Sous l'influence de certaines causes, et après un temps plus ou moins long, ces tréponèmes sortent de leur sommeil, recouvrent leur ancienne vitalité et se répandent à nouveau par la circulation dans l'organisme. Ils se localisent alors en certains points où ils trouvent un *locus minoris resistentiæ* particulièrement dans les endroits irrités, et là, suivant leur nombre et leur virulence, produisent des accidents encore secondaires ou des accidents tertiaires.

Mais quelles sont ces causes qui réveillent les spirochætes et permettent ainsi la réapparition d'accidents ? C'est ce qu'il importerait de savoir, et que, malheureusement, dans l'état actuel de nos con-

naissances, nous sommes presque impuissants à déterminer. Les idées nouvelles sur les sérums et les anticorps nous donneront peut-être, un jour, la solution de ce problème.

Pour MM. Gaucher et Hallopeau (1), ce réveil de l'activité des tréponèmes anciens se ferait, dans certains cas, par l'apport de nouveaux tréponèmes jeunes, réintroduits dans les tissus, à la faveur, par exemple, d'un nouveau coït suspect. Ces auteurs citent le cas d'une dame qui présentait une poussée de syphilides apparues, sans être précédées de roséole ni d'aucun autre accident secondaire, quarante ans après le chancre initial, et quatre mois après l'inoculation de tréponèmes jeunes et très actifs, à la suite d'un coït avec un homme porteur d'un chancre induré du pénis. Il n'y avait cependant pas eu réinfection vraie, puisqu'il n'y avait pas eu de chancre nouveau. Mais cette interprétation, on le conçoit, ne s'applique qu'à un petit nombre de faits.

De nombreux auteurs rattachent ces manifestations tardives à l'influence du traitement mercuriel.

D'après eux, le traitement a été, chez ces malades, insuffisant, puisqu'il n'a pas empêché le retour des accidents, et suffisant en même temps puisque la syphilis n'a pas évolué vers le tertiarisme.

Ricord (2) disait déjà « que le traitement mercuriel

---

1. Gaucher et Hallopeau. Tentative d'interprétation d'une poussée tardive de syphilides. *Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syphilis secondaire*, 1909.

2. Ricord, *Traité complet des maladies vénériennes*, 1892.

ne faisait qu'endormir la diathèse pour un temps plus ou moins long, mais qu'au fur et à mesure que la puissance du médicament spécifique s'affaiblissait et s'usait, la syphilis se réveillait ».

M. le Dr Barthélemy (1), en 1896, fournit une statistique portant sur 531 femmes, qui, au moment de leur entrée à Saint-Lazare, présentaient des accidents encore contagieux et chez 20 d'entre elles, la syphilis remontait à plus de quatre ans. « Un point leur était commun, dit l'auteur, c'était l'insuffisance, l'irrégularité, et parfois l'absence du traitement spécifique antérieur ; c'était là la principale cause de la récidive obstinée de ces lésions bénignes. »

Pour M. le professeur A. Fournier (2), « sous l'influence du traitement spécifique, la syphilis perd de son intensité virulente, et cela proportionnellement à la durée de ce traitement ; c'est-à-dire que, plus longtemps elle est traitée, moins elle offre de tendance à passer au tertiarisme ; que plus longtemps elle est traitée, plus elle offre de tendance à se limiter, dans ses manifestations ultérieures, à des formes secondaires. Cela veut dire, en somme, que « la syphilis est atténuée par le traitement, quant à la qualité des accidents ultérieurs dont elle reste susceptible ».

Mais, comme le spécifie M. le professeur A. Fournier, si cette théorie trouve sa preuve dans le plus

1. Barthélemy. Notes sur la prolongation excessive de la période secondaire. *Bull. Soc. franç. de Dermat.*, 1896.

2. A. Fournier, *Syphilis secondaire tardive*, 1906.

grand nombre de cas, il faut cependant compter sur de fréquentes exceptions.

Tel est le cas de ce malade (obs. X), qui se présente au mois de mai dernier à la policlinique de M. le professeur Gaucher avec des accidents nettement syphilitiques dans la bouche, comme l'a démontré l'examen ultra-microscopique et de modalité secondaire, d'après le diagnostic établi par M. Gaucher. Or, ce malade a contracté la syphilis en 1896, il y a quinze ans, et, depuis ce temps, n'ayant vu survenir aucun accident que son chancre, n'a jamais suivi le moindre traitement. Bien plus, l'accident primitif n'a été traité à l'hôpital Ricord, que par des applications exclusivement locales, comme s'il se fut agit d'un chancre simple.

Syphilis bénigne, dira-t-on. Qui sait ce que réserve l'avenir ? N'importe, le fait est là et prouve que si l'influence du traitement est manifeste dans certains cas, il faut, bien souvent, compter sur un autre facteur pour expliquer cette susceptibilité particulière à chaque sujet et à chaque syphilis qui fait que sur trois malades ayant subi le même traitement, l'un se trouvera exempt, dans la suite, de toute nouvelle manifestation syphilitique, l'autre sera exposé à des récidives constantes d'accidents secondaires, dans l'étape tertiaire et le troisième sera sous le coup du redoutable tertiarisme. Ce facteur, c'est la virulence de la graine, c'est la prédisposition du terrain, incontestable, mais indéterminé.

« La syphilis, nous dit M. le professeur Gaucher

dans ses leçons, ne donne que ce qu'elle peut donner, suivant la prédisposition de chaque individu. »

Les *causes locales* ou occasionnelles, qui font que les spirochètes réveillés et lancés à nouveau dans la circulation se portent plus volontiers à certains endroits de l'organisme qu'à tout autre, nous sont mieux connues.

Jusqu'à ces dernières années, quelques auteurs, ayant observé des cas de récidives secondaires *in situ* (1), ont voulu démontrer que la principale cause d'apparition de ces lésions se trouvait être dans la présence antérieure en ce même point d'accidents primitifs ou secondaires. « Après guérison apparente d'une syphilide quelconque, disaient MM. Neumann et A. Fournier, au Congrès de 1889, il reste *in situ* des germes morbides à l'état léthargique, jusqu'à ce qu'une cause quelconque vienne les faire revivre. »

Nielsen (2) rapporte le cas d'un malade (observation XIV) qui présenta, à huit ans d'intervalle, les mêmes lésions buccales et sur les mêmes régions peu habituelles : les amygdales, le voile du palais et les gencives. L'examen à l'ultra-microscope de ces lésions récidivantes, montra des spirochætes.

M. Besnier pense également qu'après le chancre de la langue, il y aurait plus de syphilides buccales et linguales que de syphilides génitales et anales,

---

1. Deldusorne, *Récidive* in situ *de la syphilis*, thèse de Paris, 1893.
2. Nielsen, *Syphilides papulo-érosives*, neuf ans après l'infection. *Monatshefte für dermatologie*, 1909.

car il se produirait au point chancrellisé un *locus minoris resistantiæ.*

Mais alors, s'il en était ainsi, la plupart des accidents devraient reparaître, à poste fixe, aux endroits antérieurement atteints : c'est ce que la clinique n'a pas démontré et ce que M. le professeur A. Fournier a dénié, en 1893 (1) : « Ces récidives *in situ*, vraies dans quelques cas, totalement absentes dans d'autres, ne doivent pas être regardées comme une règle.

Par contre, bien autrement importantes et indéniables sont toutes les *causes d'irritation.* Elles expliquent de façon tangible la localisation des plaques muqueuses tardives, plus fréquentes dans la bouche que partout ailleurs. Il est rare, en effet, que les individus qui en sont porteurs ne soient pas ou des fumeurs invétérés, ou des alcooliques endurcis, ou des gens affligés d'une mauvaise dentition. Il est rare aussi, dira-t-on, de rencontrer des gens qui ne soient pas atteints d'une de ces trois imperfections, mais dans la plupart des cas, la relation de cause à effet est tellement nette, dans ses détails, qu'elle est irréfutable.

L'influence du tabac est prépondérante.

Vingt observations sur 30 que nous publions, contiennent la mention : le malade est un gros fumeur.

Chez certains individus non syphilitiques, mais

---

1. A. Fournier *Bull., de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1893, p. 41.

fumeurs, il peut se produire dans la bouche de petites érosions ou ulcérations, consécutives à l'action irritante du tabac et difficiles à diagnostiquer des plaques muqueuses. Chez les syphilitiques fumeurs, on retrouve les mêmes lésions de la bouche, mais plus fréquentes et avec cette différence que ces érosions sont de vraies plaques muqueuses, « syphilo-nicotiques » si l'on veut, mais avec présence de spirochætes (obs. X) et capables de contagiosité (obs. XXII).

D'autre part, ne savons-nous pas que la fumée du tabac prédispose incontestablement à la leucoplasie buccale. Or, dans un grand nombre de cas, comme l'a montré M. le professeur Gaucher, la leucoplasie s'installe sur d'anciennes plaques muqueuses rédicivées et cicatrisées. Ces dernières sont donc très souvent l'intermédiaire entre l'irritation produite par le tabac et la leucòplasie (obs. II et III).

Une autre preuve de l'action de la fumée nicotinique se trouve dans ce fait que les femmes sont généralement moins sujettes que les hommes à l'apparition de plaques muqueuses buccales tardives, mais chez les femmes qui fument, on remarque à peu près la même fréquence que dans le sexe fort. M. le professeur A. Fournier a vu chez une jeune dame qui avait contracté en Orient l'habitude de la cigarette et du cigare, les syphilides pulluler à la bouche et récidiver à vingt reprises différentes.

D'autre part, chez les prostituées, notamment chez les femmes de Lourcines qui fument à l'ordi-

naire (1), la proportion des accidents buccaux tardifs est aussi grande que chez l'homme ; Barthélemy (2) dit que sur 20 malades entrées à Saint-Lazare et dont la syphilis remontait à plus de quatre ans, 8 avaient des accidents buccaux.

Pour M. Morel-Lavallée (3), le tabac aurait plus qu'une action momentanée, en ce sens que les récidives s'observent chez d'anciens fumeurs qui ont rompu avec leur habitudes, depuis qu'il ont contracté la syphilis.

M. le professeur A. Fournier (4), enfin, qui a observé plus de 500 plaques muqueuses buccales tardives, acccuse le tabac d'avoir été, pour la très grande majorité des cas, le facteur responsable de leurs apparitions ou de leurs récidives : « C'est lui qui a excité, entretenu, perpétué, éternisé dans la bouche des pullulations et des repullulations syphilitiques qui, sans lui, n'auraient pas vu le jour. »

L'influence de l'alcool, du vinaigre, de toutes les boissons ou aliments capables, par leur passage dans la cavité buccale, de produire une irritation, quoique moins observée, est cependant à redouter. (obs. XVI).

De même une mauvaise dentition prédispose à la récidive des plaques muqueuses de la langue. Il

1. Martinau, *Ulcérations syphilitiques de la gorge. Ann. de Dermato-Syphitigraqhie*, 1880.

2. Barthélemy, *Notes sur la prolongation excessive de la période secondaire. Bull de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1896.

3. Morel Lavallée, *Bull de la Soc. de Derm. et de Syph.*, 1893.

4. Fournier, *Syphilis secondaire tardive*, 1906.

existe, comme l'a montré Frossard (1), (obs. XVII) des rapports étroits entre l'état du système dentaire et les accidents buccaux chez les syphilitiques : « A bouche saine, dit l'auteur, correspondra un minimum d'accidents spécifiques, tandis que ces derniers seront provoqués, récidiveront et ne guériront pas dans des bouches mal entretenues, pleines de dents cariées, de débris de racines ou simplement infectées; toutes ces causes altèrent la muqueuse par traumatisme ou par infection, la mettent en état de moindre résistance, sont un point d'appel pour les manifestations diathésiques et provoquent non seulement leur éclosion, mais encore leur récidive comme elles en empêchent leur guérison. »

L'on voit souvent aussi des plaques muqueuses apparaître sur la face inférieure de la langue, en rapport avec un dépôt tartrique accumulé au niveau des dents de la mâchoire inférieure, et jouer le rôle de corps étranger traumatisant la muqueuse.

La question est de savoir si ces lésions sont de simples érosions banales ou de vraies plaques muqueuses dangereuses. Comme nous l'avons déjà dit, il est assez difficile de diagnostiquer une plaque muqueuse buccale par ses seuls caractères d'objectivité, mais chez les syphilitiques, il faut toujours tenir ces lésions, comme celles produites par l'action du tabac, pour suspectes. On trouvera

---

1. Frossard, *Rapport entre l'état du système dentaire et les accidents buccaux*. Thèse de Paris, 1900-1901.

le plus souvent le spirochæte à leur surface et l'ablation de la dent irritante ne suffira pas toujours à leur guérison. Frossard a observé aussi qu'à égalité de mauvaises dentitions, les lésions buccales sont beaucoup plus fréquentes chez les syphilitiques que chez les individus indemnes. La syphilis augmente donc la vulnérabilité de la muqueuse buccale et cette seule constatation suffirait à qualifier le plus souvent de spécifique la nature de ces accidents.

Enfin, à la suite d'une observation de lésion récidivante du dos de la langue (plaque fauchée), après six ans de syphilis, M. Barthélemy (1) émet l'opinion que chez certains arthritiques syphilitiques, les écarts de régime, les embarras gastriques recouvrant la langue d'une épaisse « saburre », peuvent déterminer par la chute de cet enduit, l'apparition de plaques muqueuses qui disparaissent bientôt, mais récidivent avec la même facilité.

En somme, ces causes locales nous expliquent les chiffres que nous avons donnés au sujet de la fréquence relative et de la localisation des accidents secondaires tardifs. Sur 1321 cas observés par M. le professeur A. Fournier, 533 accidents buccaux et seulement 107 syphilides génitales.

Et, en effet, ces causes locales d'irritation, dont nous avons parlé, n'existent pas aux organes génitaux. Mais lorsque sur cette dernière région augmentent

---

1. Barthélemy, *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syphiligr.*, 1893, p. 41.

d'autres causes d'irritations, il est possible de trouver parallèlement une augmentation du nombre des plaques muqueuses génitales tardives.

D'après M. Barthélemy (1), sur 34 femmes syphilitiques qui présentaient au moment de leur entrée à Saint-Lazare des accidents nettement secondaires et tardifs, 15 d'entre elles avaient des syphilides vulvaires et 13 seulement des plaques muqueuses buccales.

L'on entrevoit dès à présent combien un tel enseignement pourra servir à la prophylaxie de la syphilis secondaire tardive.

---

1. Barthélemy, *Ann. de Derm. et de Syphiligr.* Statistique reproduite par M. Feulard au Congrès de 1896.

V

ÉCHÉANCE D'APPARITION ÉVOLUTION. — PRONOSTIC

« Si rien n'est plus simple que de préciser où commence la période secondaire de la syphilis, en revanche, il est bien autrement difficile de dire *où elle finit* (1). »

Les « plaques muqueuses buccales tardives » n'ont pas une échéance d'apparition très nette. Il ne semble pas qu'il existe une limite de temps, après laquelle ces accidents secondaires soient incapables de se reproduire. M. Gaucher (2) a observé un cas de plaques muqueuses à la face interne de la lèvre inférieure, dix-sept ans après le chancre (obs. I), MM. Emery et Druelle (3), une plaque muqueuse de la face interne de la joue vingt ans après l'accident primitif (obs. III), M. Jeanselme, des plaques muqueuses de la commissure, après vingt-trois ans (obs. XVIII) (4) et enfin M. le professeur A. Fournier (5) a diagnosti-

1. A. Fournier, *Syphilis secondaire tardive*, 1906.
2. Gaucher et Barbe, *Plaques muqueuses tardives*. Société de dermato-syphiligraphie, 1898.
3. Emery et Druelle, *Archives de Médecine*, 1903.
4. Jeanselme, *Journal des Praticiens*, 1909.
5. A. Fournier, *Syphilis secondaire tardive*, 1906.

tiqué des cas de glossites dépapillantes jusqu'à trente ans après le début de la maladie (obs. VIII et IX).

Dès lors, à la suite de ces observations, il n'y a pas de raison de fixer une limite d'âge aux plaques muqueuses buccales tardives, tout en admettant qu'après un délai d'une vingtaine d'années, ces cas deviennent extrêmement rares.

Pour donner des chiffres, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici un tableau de M. le professeur A. Fournier lui-même, car cette statistique portant sur 434 cas, est plus convaincante à elle seule que tous les écrits et toutes les théories démonstratives.

ÉCHÉANCES D'INVASION	SYPHILIDES labiales.	SYPHILIDES amygdaliennes.	SYPHILIDES palatines.	SYPHILIDES linguales.	GLOSSITE dépapillante.	TOTAL.
4e année	14	5	5	87	30	141
5e —	12	3	3	44	23	85
6e —	8	1	1	21	15	46
7e —	1	1	»	21	15	38
8e —	4	1	1	16	10	32
9e —	»	»	»	13	16	29
10e —	3	»	»	7	15	25
11e —	»	»	»	»	7	7
12e —	»	»	»	»	11	11
13e —	»	»	»	»	2	2
14e —	»	»	»	»	3	3
16e —	»	»	»	1	4	5
17e —	»	»	»	»	2	2
18e —	»	»	»	1	3	4
20e —	»	»	»	»	1	1
27e —	»	»	»	»	1	1
28e —	»	»	»	»	1	1
30e —	»	»	»	»	1	1
	42	11	10	211	160	434

Ce tableau prouve tout d'abord que les plaques muqueuses buccales tardives, en général, diminuent

de fréquence d'une façon progressive et constante, à mesure que l'on s'éloigne du début de la maladie ; ensuite, que tous les accidents spécifiques buccaux ne sont pas également suceptibles de ces retards d'évolution. En effet, nous voyons que les syphilides palatines, amygdaliennes et labiales ne réapparaissent qu'exceptionnellement au delà de la huitième année ; les plaques muqueuses linguales, bien que les plus fréquentes, peu au delà de la dixième année, (il en subsiste 2 cas isolés à la seizième et à la dix-huitième année), tandis que le type de la « glossite dépapillante » se montre avec une fréquence progressivement décroissante et régulière de la quatrième à la trentième année, ce qui veut dire « qu'il n'est presque pas d'âge de la syphilis où il ne puisse figurer (A Fournier) ».

Quelle est l'évolution et le pronostic de ces plaques muqueuses buccales tardives?

Un fait qui frappe tout d'abord, et qui découle tout naturellement de leur existence et de leur longue échéance d'apparition, en pleine période tertiaire, c'est leur possibilité de se montrer en coexistence avec des accidents de modalité nettement tertiaire. C'est en effet ce qui arrive fréquemment et ce qui a permis à certains observateurs de méconnaître ces lésions secondaires tardives et de les prendre pour des manifestations de la période tertiaire.

M. le professeur A. Fournier, sur le total des 434 cas de plaques muqueuses buccales observées par lui, en compte 123 où ces syphilides étaient en coïn-

cidence avec d'autres accidents de syphilis : un pourcentage de 28 o/o, un peu plus du quart. L'auteur ne spécifie pas si ces derniers étaient de modalité secondaire ou tertiaire, mais comme il s'agit de manifestations apparaissant au delà de la quatrième année de la syphilis, il est à penser que le plus grand nombre d'entre eux étaient des accidents tertiaires.

MM. Gaucher et Barbe ont relaté, à la Société de dermato-syphiligraphie, en 1898, le cas d'une malade syphilitique depuis dix-sept ans, chez laquelle des plaques muqueuses de la lèvre se trouvaient en coexistence avec des lésions leucoplasiques de la langue et de la commissure droite (obs. I). MM. les Drs Emery et Druelle (1) ont observé des cas semblables chez deux malades. Chez le premier (obs. IV), dont la syphilis datait de dix ans, il y avait coexistence de plaques muqueuses buccales et de lésions gommeuses du cuir chevelu ; chez le second (obs. V), des plaques muqueuses de la face interne des joues et de la langue étaient apparues, vingt ans après le chancre, en même temps que des gommes de la jambe et une glossite scléreuse.

De même chez deux malades de M. le professeur A. Fournier (2), l'un à la quatrième année de sa syphilis présentait simultanément des syphilides linguales de modalité aussi superficielle, aussi secondaire que possible, et un sarcocèle et une gomme sous-cutanée de la cuisse : l'autre, à la onzième année, pré-

1. Emery et Druelle, *Archives de médecine*, 1903.
2. A. Fournier, *Syphilis secondaire tardive*, 1906.

sentait une syphilide très superficielle, papulo-croûtelleuse du cuir chevelu, des syphilides érosives de la langue et une gomme ulcérée de la jambe.[1]

Il arrive aussi que non seulement ces plaques muqueuses buccales apparaissent en même temps que des accidents graves du tertiarisme, mais encore qu'ils en sont précédés.

M. A. Fournier (1) dit avoir observé souvent des syphilides linguales de modalité secondaire, à la suite d'accidents divers du tertiarisme tels que des gommes ou des exostoses.

Pappée (2), il y a deux ans, a rapporté deux cas (obs. XII et XIII) où des syphilides papulo-érosives, de modalité absolument secondaire et d'apparence bénigne, étaient apparues dans la bouche dix et treize ans après le chancre, sans qu'il y ait dans les deux cas de réinfection nouvelle. Ces plaques muqueuses avaient été précédées, chez un de ces malades, de la perforation du pilier antérieur gauche du voile du palais et, chez l'autre, de la perforation de la cloison du nez.

Ces chiffres et ces faits prouvent que la division de la syphilis en trois périodes et que la notion de régularité dans l'ordre d'apparition de ses symptômes, nécessitée pour les lésions de son étude, sont

---

1. *Idem*.

2. Pappée, *Syphilides papulo-érosives, dix et treize ans après l'infection* (*Monatshefte für Dermatologie*, 1909).

toutes factices et artificielles, puisqu'il peut y avoir anachronisme des périodes et interversion des accidents. Ils montrent aussi que les plaques muqueuses ne sont pas l'apanage exclusif d'une phase de la syphilis, et confirment cette opinion soutenue par M. le professeur Gaucher, émise autrefois par Hillairet, que « la plaque muqueuse peut être une lésion de toutes les périodes de la syphilis ».

Ces syphilides buccales tardives, ayant comme nous l'avons vu les mêmes caractères que dans la période secondaire normale, sont des accidents plutôt bénins en eux-mêmes et ne présentent généralement pas de danger et de gravité pour ceux qui en sont porteurs, et cela, quelle que soit la date éloignée de leur apparition.

Mais, ici, il faut établir une distinction dans les accidents que l'on confond sous le nom de « plaques muqueuses buccales tardives », entre ceux qui apparaissent tardivement, au sens propre du mot, et ceux qui récidivent.

Les premiers apparaissent en pleine période tertiaire soit, ce qui est le cas le plus habituel, qu'une première poussée de ces syphilides se soit montrée dans la période secondaire, normalement, après l'accident primitif, soit que ces lésions surviennent pour la première fois depuis le début de la maladie. Ce sont ces apparitions tardives qui ne comportent aucune gravité pour les malades, car ces plaques muqueuses guérissent généralement par un traite-

ment approprié, ne laissent pas de trace et peuvent ne jamais réapparaître.

Il n'en est pas de même des secondes : les plaques muqueuses buccales *récidivantes*, qui sont aussi des syphilides bénignes, mais à retours incessants et inattendus, et qui deviennent par leur répétition durant des années, insupportables et décourageantes pour les malades qui en sont atteints. Elles disparaissent ordinairement par le traitement, mais reparaissent après un temps plus ou moins long avec les mêmes caractères, la même bénignité et les mêmes dangers. Ce sont bien des manifestations « d'une syphilis bénigne à retours incessants d'accidents bénins, comme le dit M. le professeur A. Fournier, des syphilis à la fois légères et vivaces, rassurantes et décourageantes, rassurantes par la qualité anodine de leurs manifestations, décourageantes par leurs perpétuelles rentrées en scène ».

Certaines de ces plaques muqueuses buccales récidivantes et tardives sont d'un pronostic plus sombre encore ; il en est qui se montrent particulièrement rebelles au traitement et qui demandent, pour disparaître, une médication intense et prolongée ; il en est même qui récidivent bientôt, malgré le traitement, et cette fois avec une augmentation de gravité (obs. VI). Leur pronostic est plus fâcheux ; ce sont ces cas dont il faut se méfier et qui méritent toute l'attention du médecin ; ce sont ces cas, tels que celui cité par M. Gastou (Obs. XXIX), où les lésions récidivantes et tenaces, rebelles au traitement, ont débuté

par de minimes érosions linguales, se sont continuées par des fissures et des ulcérations, et ont finalement abouti à la leucoplasie, à la glossite scléreuse ou à la gomme.

M. le professeur Gaucher, ces dernières années, a insisté tout particulièrement sur cette transformation leucoplasique des plaques muqueuses buccales récidivantes : « La leucoplasie, dit-il (1), peut succéder *in situ* à des poussées successives de plaques muqueuses, qui après guérison laissent des plaques blanches persistantes, avec épaississement de l'épithélium ; elle est particulièrement fréquente, dans ce cas, chez les sujets qui ont eu, pendant longtemps, des plaques muqueuses récidivantes de la langue. »

L'action irritante du tabac et de l'alcool ne doit pas être étrangère à cette transformation. Dans la précieuse collection de fiches du service de M. le professeur Gaucher, se trouvent deux observations, de malades fumeurs et alcooliques que nous reproduisons, (obs. II et III) chez lesquels des plaques muqueuses de la bouche, apparues neuf et dix ans après le chancre ont subi très nettement une transformation leucoplasique. MM. Gaucher et Camus (2) ont publié ces deux cas en 1908, dans *les Annales des maladies vénériennes :* « Il s'agit bien ici, disent ils en les commentant, de leucoplasie vraie, persistante, à évolution progressive qui s'organise de la

1. Gaucher, *Chancres et Syphilides*, 1907.

2. Gaucher et Camus, *Plaques muqueuses tardives.* (*Ann. des mad. vénér.* 1908.)

périphérie vers le centre de la plaque érosive, à mesure que celle-ci guérit et non pas de l'ulcération secondaire d'une plaque de leucoplasie antérieure. Il s'agit bien là d'un processus spécial de cicatrisation. Les plaques muqueuses de la période secondaire de la syphilis disparaissent d'ordinaire sans laisser de placard leucoplasique. On voit qu'il n'en est sans doute pas de même chez certains sujets, dans la troisième et quatrième période.

» Cette distinction. si elle était confirmée, fournirait une indication utile pour le pronostic ultérieur de ces lésions suivant la période où on les observe. »

Voici, d'autre part, une intéressante statistique de M. le Dr Lacapère (1) : sur 52 malades atteints de *leucoplasie*, dans la période tertiaire de la syphilis, après cinq, dix ou vingt ans de maladie, l'auteur en compte 5 chez lesquels des plaques muqueuses de la bouche existaient en même temps que la leucoplasie ; 2 qui avaient eu, un an auparavant, des poussées de syphilides buccales récidivantes; 3, chez lesquels la syphilis avait été ignorée et qui cependant présentaient des plaques muqueuses buccales ; et 1 dont la leucoplasie s'était localisée à la face inférieure de la langue, à la place d'anciennes plaques muqueuses.

Si l'on considère, d'autre part, la fréquence des leucoplasies qui dégénèrent en tumeurs épithéliales,

---

1. Lacapère. *La Leucoplasie. Arch. de Médec.*, 1905.

on ne pourra s'empêcher de penser que dans certains cas ces « plaques muqueuses buccales tardives » doivent être le premier degré de l'échelle qui relie la syphilis au cancer.

Ces cas, heureusement, sont les plus rares.

Mais si, le plus souvent, les « plaques muqueuses buccales tardives » comportent peu de gravité pour celui qui en est porteur, il n'en est pas de même pour son entourage, et ces lésions deviennent extrêmement dangereuses par leur contagiosité. C'est ce que nous traiterons dans le prochain chapitre.

IV

CONTAGIOSITÉ

La contagiosité des « plaques muqueuses buccales tardives » forme le chapitre le plus important de notre sujet ; c'est celui qui en contient presque tout l'intérêt et qui, aussi, nous est aujourd'hui le mieux connu, mais au prix de quelles malheureuses observations !

La contagion de ces simples érosions, apparaissant à une époque anormale, n'a que trop souvent servi de preuve irréfutable de leurs erreurs aux praticiens qui n'avaient pas pu ou qui n'avaient pas voulu en établir un diagnostic précis et précoce.

De même que les plaques muqueuses peuvent se montrer à une époque très éloignée du début de la syphilis, en pleine période tertiaire, où nous n'avons généralement plus coutume de les rencontrer, de même la contagion, qui est le corollaire possible de ces accidents secondaires, les plus dangereux de par leur nature humide, la contagion, dis-je, peut-être observée bien au delà de la quatrième année de la

maladie, à une période qui passe généralement pour être inoffensive.

Or, à mesure que la syphilis devient plus ancienne, nous l'avons vu, de toutes les plaques muqueuses, ce sont celles de la bouche qui réapparaissent le plus souvent. Elles deviennent, d'après les statistiques de M. le professeur A. Fournier, 5 fois plus fréquentes que celles des organes génitaux.

Il en résulte que, contrairement à ce qui se passe à la période secondaire, où la transmission de la maladie se fait le plus souvent par des organes génitaux, à un âge plus avancé, au cours du tertiarisme, la contagion se produira aussi fréquemment pour ne pas dire plus, par l'intermédiaire de la cavité buccale. C'est ainsi que d'après M. Feulard (1), dans 13 cas de contagion de syphilis par des accidents connus, 5 de ces derniers étaient des érosions de la verge ou des bourses ; 2 des syphilides ulcéreuses de la verge d'apparence tertiaire ; et 6, des érosions buccales et linguales, ayant causé deux fois des chancres labiaux et deux fois aussi des chancres génitaux.

C'est pourquoi aussi, bien qu'il semble que la vérole doive se transmettre plus fréquemment par les organes génitaux que par la bouche, M. Tarassévitch (2) sur 21 cas de syphilides secondaires tardives contagionnantes, compte 11 cas de transmission par la voie buccale et 10 cas seulement par la voie

1. Feulard, *Durée de la contagiosité de la période secondaire.* Rapport au Congrès de Londres, 1896.

2. Tarassévitch, *Contagiosité tardive*. Thèse de Paris, 1904.

génitale. Pour le même auteur, la proportion des chancres buccaux, en général, n'est que de 12 o/o; elle devient dans les périodes éloignées du début de la maladie, après dix années par exemple, de 43 o/o.

Une question se pose. Tous les types de plaques muqueuses buccales tardives sont-ils également contagieux ? Non : ces contagions tardives procèdent de *lésions humides et suintantes*, rarement du type de la glossite dépapillante et seulement encore lorsque survient une ulcération à sa surface, mais le plus ordinairement de simples syphilides érosives ou papulo-érosives, dont nous avons décrit les caractères apparents essentiellement bénins.

La fréquence de la contagion par les plaques muqueuses buccales tardives ne dépend ni de leur localisation dans tel ou tel territoire de la bouche, ni de leur grandeur, ni de l'ancienneté de la syphilis, mais seulement de leur nature humide, de leur date d'apparition anormale, de leur durée et aussi, pourrait-on dire, de leur bénignité.

« La plaque muqueuse, a dit M. le professeur Gaucher (1), est une lésion insignifiante, qui se reproduit indéfiniment, à laquelle on ne prend pas toujours garde, une lésion qui a permis à bien des gens de transmettre presque inconsciemment la syphilis, alors qu'ils auraient hésité à la communiquer par le chancre. »

Oui, c'est l'aspect de ces lésions qualifiées dans les observations de MM. Fournier, Gaucher, Feulard

1. Gaucher, *Chancre et syphilides*, 1907.

ou Tarassévitch de « minimes, superficielles, insignifiantes, inoffensives d'apparence », et la date de leur apparition très tardive qui augmentent le danger.

Le syphilitique non averti n'en soupçonne pas toujours l'existence, en méconnaît souvent la nature et ne les rapporte pas toujours à leur véritable cause. De plus, une erreur plus répandue qu'on ne croit dans le public lui fait penser que la syphilis se manifeste seulement par des accidents sur les organes génitaux et non ailleurs : aussi beaucoup de malades attribuent-ils le plus souvent les « écorchures » de leur bouche à la seule action d'une dent cariée ou de la fumée du tabac. Combien n'en voit-on pas, aux consultations de Saint-Louis, qui présentent des accidents à la fois sur la verge et sur la langue, montrer leurs organes génitaux, mais ne faire examiner leur bouche que sur la demande du médecin !

Faut-il ajouter que certains praticiens, soit par la difficulté du diagnostic, soit par ignorance, soit par entêtement et mauvais vouloir, ne reconnaissent pas toujours, comme étant des plaques muqueuses tardives, ces lésions bénignes évoluant dans le tertiarisme. Cette erreur permet à ces lésions d'exercer *à l'aise* leur pouvoir contagionnant.

Il existe une variété de plaques muqueuses buccales tardives, un peu particulière, dont nous avons

déjà parlé au chapitre de l'étiologie. Elles se présentent sous la forme de simples petites érosions, superficielles, disparaissant facilement par le traitement mais récidivant incessamment, à de courts intervalles, quelquefois pendant des années. Il ne faut pas confondre cette forme avec l' « herpès récidivant buccal ». Ces syphilides tardives sont *doublement* dangereuses par la bénignité de leurs lésions et leurs retours longtemps et souvent répétés (obs. XXIV).

« Quant à la « *glossite dépapillante* », dit M. le professeur A. Fournier (1), je la crois dangereuse. Sans doute, à l'état, sec je la juge inoffensive, mais combien elle est fragile. D'un jour à l'autre, sous des influences diverses, elle peut s'excorier, se fendiller, s'éroder, et la voici alors, du moins en toute vraisemblance, rentrant dans la catégorie des syphilides humides, suintantes, dont on connaît le danger au point de vue de la contagion. »

Et à l'appui de cette théorie, il cite une observation de M. Besnier. « J'ai vu, dit celui-ci, un cas de contamination conjugale directe, huit ans après le début de la syphilis, de par des plaques dépapillantes de la langue.

Jusqu'à quelle époque avancée de la syphilis pourrons-nous observer des cas de contagion produits par des plaques muqueuses buccales ?

Il semble bien, tout naturellement, que la durée

1. A. Fournier, *Syphilis secondaire tardive*, 1909.

de cette contagion doive être en rapport avec l'échéance d'apparition des plaques muqueuses buccales *humides* dont elle est le corollaire.

C'est ce qui est pleinement confirmé par la clinique. Les cas de contagion deviennent de plus en plus rares, depuis la quatrième année jusqu'à la dixième, après le début de la syphilis.

Passé ce temps, ils deviennent exceptionnels. De même que M. le professeur A. Fournier, dans sa statistique, portant sur 434, ne mentionne que deux cas de plaques muqueuses linguales tardives, après seize et dix-huit ans, de même, il ne cite que trois cas, observés par lui au cours de sa longue carrière, où la contagion s'était produite, une fois après treize ans et deux autres fois après dix-sept et dix-huit ans.

Donc, la contagion diminue de fréquence à mesure que l'on s'éloigne du début de la maladie, mais de même qu'il n'existe aucun signe, aujourd'hui, qui permette de penser que chez tel ou tel malade la syphilis a fini à tout jamais de se manifester, de même il est impossible de garantir à un malade, qui verra survenir chez lui, quelle que soit l'ancienneté de sa syphilis, des accidents secondaires tels que des plaques muqueuses buccales, que ces accidents ne sont pas contagieux.

Une question reste encore à traiter: dans quelles conditions se fait cette contagion? Comment se traduit-elle ? Quel est son pronostic ?

Le plus habituellement, dans ces cas de contagion par plaques muqueuses buccales tardives, il s'agit de syphilis transmise dans le mariage, c'est-à-dire, en général, après que quatre ou cinq ans ont passé depuis le début de la maladie. C'est ordinairement le mari qui contagionne la femme. D'après M. Tarassévitch (1), sur 52 cas de contagion, la femme n'a contaminé que deux fois son époux.

La transmission se fait le plus souvent dans les premiers mois après le mariage : Tarassévitch, sur 32 cas, a observé la contagion 26 fois au cours de la première année, et 6 fois de la seconde à la septième année après le mariage.

M. Feulard a observé un cas de contagion après sept ans de mariage. Ce cas prouve que le mari ne peut être toujours rendu responsable, par sa faute ou sa négligence, de la contagion de sa femme. Ce sont des malades qui se sont observés, traités longtemps et régulièrement ; la diathèse syphilitique « sommeille » plus ou moins longtemps chez eux, puis, un jour, malgré les précautions, malgré le traitement, une érosion buccale est survenue qui est passée inaperçue et a pu alors contagionner l'épouse, quelquefois même la mère de famille, car il n'est pas impossible que la femme, avant d'être contagionnée, ait mis au monde un ou plusieurs enfants sains (obs. XXIII et XXVI).

---

1. Tarassévitch, *Contagiosité tardive*. Thèse de Paris, 1896.
Feulard, Compte rendu du Congrès de Londres. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1896.

Le plus souvent la confrontation donne la preuve indéniable de la contagion buccale, par exemple dans ce cas (obs. XXV) de chancre de la lèvre chez une femme dont le mari était atteint de plaques muqueuses linguales ; dans cet autre (obs. XXI) de chancre de la vulve, alors que le mari syphilitique depuis dix années était atteint de plaques muqueuses buccales et avait eu avec sa femme des rapports *ab ore*.

Mais, dans certains cas, la contagion peut avoir été produite par des plaques muqueuses buccales, alors même que la confrontation ne donne aucun résultat.

Un homme syphilitique peut très bien avoir été l'auteur de la contagion de sa femme, alors même qu'au moment de l'examen du chancre de celle-ci il ne présente aucun accident spécifique. Dans ce cas, en éloignant toute idée d'infidélité conjugale, il est peu admissible de penser avec M. Hardy à la possibilité de contagion en dehors de toutes lésions, et nous préférons concevoir qu'une de ces minimes érosions de la bouche, traduisant tardivement un réveil de la diathèse, est passée inaperçue du mari qui a contagionné, que cette lésion a guéri pendant l'incubation du chancre de la femme et qu'il n'en subsistait plus trace au moment de la confrontation.

Le pronostic de ces syphilis transmises par des plaques muqueuses buccales tardives sera impossible à prévoir. Leur gravité habituelle est très variable. De ce que l'agent de contagion est une lésion bénigne, on ne peut en conclure que la

syphilis contractée par son intermédiaire sera bénigne aussi.

Le terrain semble jouer, dans l'évolution de ces syphilis, un rôle beaucoup plus important que la graine.

VII

PROPHYLAXIE

Le chapitre de la prophylaxie des « plaques muqueuses buccales tardives » doit être édifié sur les connaissances précédemment acquises et touchant l'étiologie, l'échéance d'apparition, l'évolution et la contagiosité de ces lésions.

Il se résume dans les trois règles suivantes :

1° Le médecin doit mettre en garde tout malade syphilitique contre la possibilité de retour, après un temps plus ou moins long, des « plaques muqueuses buccales » et l'avertir du grave danger de contagion de ces récidives ;

2° Tout malade syphilitique doit suivre, à la lettre, les conseils de son médecin, afin de conjurer dans la mesure du possible ces apparitions à longue échéance d'accidents secondaires et surveiller chaque jour ses muqueuses, afin de ne pas laisser passer inaperçues les moindres érosions et ne pas s'exposer à contagionner par mégarde son entourage ;

3° Si ces accidents réaparaissent malgré tout, il tâchera de s'en débarrasser au plus tôt, et, en atten-

dant leur guérison, il redoublera de prudence et d'attention pour éviter de semer la syphilis autour de lui.

Et tout d'abord, le praticien fera œuvre de bonne prophylaxie en examinant méthodiquement la bouche de tout syphilitique avéré ou suspect qui viendra le consulter. Nous avons vu combien cachées, indolores, insignifiantes sont certaines « plaques muqueuses buccales tardives », au point quelquefois, de passer inaperçues ou d'être méconnues du malade lui-même. Le médecin aura donc souvent l'occasion de déceler chez son client ces minimes érosions, de lui en révéler la nature et d'empêcher, peut-être, ainsi, de graves contagions.

Une croyance assez répandue dans le public fait généralement envisager la syphilis comme inoffensive après trois ou quatre ans d'existence.

C'est un devoir pour le médecin que de mettre en garde ses clients contre ces erreurs, et pour cela il ne devra jamais manquer de dire à tout malade syphilitique qui se présentera à lui, que, malgré l'ancienneté de la maladie et le traitement antérieurement suivi, des manifestations secondaires peuvent apparaître tardivement ou récidiver, alors que l'on croyait la diathèse à jamais endormie, aucun accident ne s'étant plus montré, quelquefois depuis des années.

Il ajoutera que ces retours à longue échéance ont un siège de prédilection, qui est la bouche, où ils se traduiront le plus souvent par de minimes lésions, de simples écorchures, d'autant plus dangereuses qu'elles seront plus souvent méconnues. Pour les dépister dès leur apparition, il recommandera au malade de s'observer, chaque jour, avec un soin minutieux, de surveiller particulièrement ses muqueuses et de considérer comme suspecte la plus légère érosion.

Il faudra enfin qu'il insiste auprès de lui pour qu'il comprenne bien que ces syphilides buccales, au cas où elles viendraient quand même à reparaître, sont éminemment contagieuses, tout autant que si elles se montraient dans la période secondaire normale, et que, pour ne contagionner personne autour de lui, il devra s'interdire tout rapport buccal, se servir de tous objets de toilette ou de table spécialement réservés à son usage, en un mot, prendre les mêmes précautions que si le début de la maladie ne remontait qu'à quelques semaines.

Mais alors, en raison de ce danger que peut présenter toute syphilis âgée, par son réveil inopiné, faudra-t-il interdire le mariage à tout syphilitique ? Certes non, car ce retour possible de plaques muqueuses est heureusement l'exception (1 cas sur 40 environ, d'après M. A. Fournier) et nos prédécesseurs nous ont enseigné, que, après cinq ans de syphilis et un traitement bien conduit, si aucun accident ne s'est montré depuis au moins deux ans, l'absence de

manifestations ultérieures est la règle. Le syphilitique qui remplira ces trois conditions à la fois et chez lequel le médecin ne découvrira aucune contre-indication particulière, pourra généralement se marier dans la sixième année, après avoir suivi au préalable un traitement spécifique d'un ou deux mois. Mais cet homme à qui s'est donné une femme confiante devra, par une sévère prophylaxie, mettre toutes les chances de son côté pour ne voir survenir chez lui ni tertiarisme, ni accidents secondaires tardifs, et en homme marié, en époux syphilitique, il devra se surveiller tout spécialement.

Si, malgré tout, réapparaît la moindre plaque muqueuse buccale ou génitale, il redoublera de précautions, car la cohabitation et les rapprochements de toutes sortes inhérents au mariage exposeront davantage sa compagne ou ses enfants à la contagion.

Donc, averti par le médecin et fort de ses conseils, le malade se tiendra en méfiance et, le danger possible étant connu de lui, sera déjà à moitié conjuré.

Ce n'est pas tout... Que devra-t-il faire alors, pour empêcher, dans la mesure du possible l'apparition tardive de ces plaques muqueuses buccales ?

D'abord, un traitement général bien conduit et régulièrement suivi aura, comme nous l'avons dit au chapitre de l'étiologie, une influence indéniable pour empêcher un réveil de la diathèse.

Il devra être comme tout traitement spécifique bien ordonné, prolongé, intermittent, successif et

coupé d'intervalles de repos. Ce sera celui de toute syphilis : nous n'insistons pas.

Mais, en plus du traitement, le malade devra éloigner de lui toutes causes capables d'irriter la muqueuse buccale et d'être un point d'appel des syphilides à cet endroit. Or, nous avons vu la très grande influence exercée par le tabac sur la réapparition et la ténacité des plaques muqueuses buccales. C'est lui qui, le plus souvent provoque, entretient, renouvelle et éternise les repullulations syphilitiques dans la bouche.

Le malade doit renoncer à fumer du fait qu'il est syphilitique. Cette proscription du tabac devra accompagner le traitement mercuriel, marcher de pair avec lui et même lui survivre dans la suite.

Mais c'est surtout des syphilitiques fumeurs qui veulent se marier, que le médecin devra obtenir le complet renoncement au tabac, et non pas à l'état de simple promesse, mais comme un engagement formel, un fait accompli d'avance et sans aucune restriction possible. Pour M. le professeur A. Fournier, c'est presque toujours une condition *sine qua non* à la guérison et d'après M. Feulard, il faut se montrer plus sévère sur la question du mariage, envers les fumeurs, sujets aux érosions buccales.

Quelque pénible que soit le sacrifice de ses habitudes « tabagiques » pour un homme, il vaut donc mieux l'exiger pleinement cent fois de lui, plutôt que de faire courir un seul semblant de risque à son épouse.

De même, tout syphilitique fera bien, pour les mêmes raisons, de s'abstenir de tout excès alcoolique ou de toute boisson irritante pour la muqueuse buccale. Comme le tabac, l'alcool « cuit » la muqueuse de la langue et des joues, qui s'érode alors très facilement et devient un lieu d'appel pour les spirochætes.

Enfin, le syphilitique doit aussi surveiller sa dentition et avoir pour sa bouche des soins hygiéniques spéciaux, non seulement pendant le traitement mercuriel, pour parer à la stomatite, mais encore dans la suite, pour prévenir le retour des plaques muqueuses buccales.

Nous avons vu l'influence évidente d'une mauvaise dentition (vieux bouts de dents cassées ou dépôt de tartre) traumatisant la muqueuse, sur l'apparition tardive des syphilides buccales (obs. XIX).

« Le dentiste, dit M. Émery (1), est un des auxiliaires les plus précieux du syphiligraphe, qui a constamment besoin de recourir à lui pour ses malades. Une dent cariée comporte peut-être l'origine de la localisation constante, en certains endroits d'accidents syphilitiques, de plaques muqueuses qui récidiveront tant que la cause irritante n'aura pas été enlevée. »

Il est donc utile que le dentiste procède chez le syphilitique à la mise en état des dents et à leur net-

1. Émery, *le Syphiligraphe et le Dentiste* (*la Clinique*, 1907).

toyage. Extraction des chicots, obturation des caries et ablation des dépôts de tartre, formés par la précipitation des sels solubles de la salive.

Toutes ces précautions ne suffiront pas toujours à prévenir ces plaques muqueuses buccales tardives. Il est des cas où la syphilis semble se jouer de notre prudence.

Mais alors, si, malgré tout, malgré la bonne hygiène du malade, la surveillance de lui-même, l'observation des conseils du médecin, une poussée de syphilides survient inopinément, peut être méconnue et contagionne quelqu'un de son entourage, la responsabilité de cet homme sera tout au moins grandement atténuée par la conscience d'avoir fait tout son possible pour empêcher le retour anormal d'une maladie capricieuse et souvent indomptable.

VIII

TRAITEMENT

Les « plaques muqueuses buccales tardives » étant des lésions éminemment contagieuses, le devoir, autant que l'intérêt de tout syphilitique qui les verra se montrer chez lui, quelle que soit l'ancienneté de sa syphilis, sera de les faire disparaître au plus tôt pour empêcher toute dissémination et de s'efforcer de conjurer leur retour dans la suite.

Il est des cas bénins où ces lésions disparaîtront avec une grande facilité, mais le plus grand nombre de ces manifestations tardives se traduiront par des accidents tenaces, rebelles à toute médication et il faudra quelquefois employer un traitement intense pour obtenir enfin leur guérison.

Quoi qu'il en soit, le médecin instituera chez son malade un traitement local et un traitement général.

Le *traitement local* comprendra la suppression de toute cause ayant pu irriter la muqueuse buccale et la cautérisation des lésions.

La suppression de la cause irritante est la condition *sine qua non* de la guérison et de l'empêchement des récidives. Le médecin l'exigera, comme nous l'avons dit dans la prophylaxie préventive.

La cautérisation des plaques muqueuses se fera avec un pinceau d'ouate hydrophile, imbibé d'une solution de *nitrate d'argent à 1/5*. M. Gaucher (1) prohibe avec juste raison le crayon au nitrate d'argent, dangereux comme agent capable de transmettre la syphilis et comme objet pouvant se casser et occasionner, par les fragments détachés, de graves accidents dans la gorge. Les cautérisations devront être faites seulement tous les trois ou quatre jours, afin de ne pas trop irriter la muqueuse buccale.

Si les plaques muqueuses sont multiples et superficielles, on pourra, avec avantage, employer comme caustique, la *teinture d'iode* qui est moins active mais moins irritante. Il faudra avoir soin de dédoubler, avant de s'en servir, la teinture d'iode du nouveau Codex.

Dans les cas particulièrement rebelles, on pourra employer la cautérisation par le *nitrate acide de mercure*, mais ce caustique très dangereux ne devra jamais être laissé entre les mains du malade, pour son application. Le médecin se servira d'un petit bout de bois trempé dans le liquide et avec lequel il portera une quantité minime de nitrate sur la plaque muqueuse. Il ne devra jamais se servir, pour cette

1. Gaucher, *Chancres et syphilides*, 1907.

opération, d'un pinceau ou d'un agitateur en verre, qui risquent, en laissant tomber une goutte du produit dans le larynx du malade, de provoqner sa mort subite.

En dehors de ces cautérisations, le syphilitique devra prendre des soins hygiéniques spéciaux de sa bouche et pour cela, il devra se rincer avec de *l'eau oxygénée* diluée au 1/3 ou 1/4 ou avec une solution de *chlorate de potasse* et savonner l'intérieur de la cavité buccale avec du savon blanc et de l'eau tiède.

Ce traitement local sera toujours l'adjuvant du traitement général ; il ne devra jamais être négligé, sur tout en cas de stomatite, si l'on a été obligé d'interrompre pour quelque temps l'usage du mercure ; mais il est rare qu'à lui seul il fasse disparaître les plaques muqueuses buccales tardives.

Concuremment à ces cautérisations, un traitement général mercuriel, d'intensité moyenne, semblable à celui de la syphilis au début, suffira, dans quelques cas, à faire disparaître ces lésions tardives, mais dans la majorité des cas un traitement énergique, voir même intense, sera nécessaire, c'est pourquoi, afin, que la rapidité et la sûreté d'action soient obtenues on emploiera de préférence la méthode par injections intramusculaires ou intraveineuses suivant les sujets, et comme préparations mercurielles, des *sels solubles* et non des sels insolubles.

Ces derniers, en effet, ne semblent pas avoir d'action dans les cas qui nous occupent. Bien plus, par leur absorption irrégulière, ils ne doivent pas toujours être étrangers à certains accidents sur la muqueuse buccale. Nous reproduisons une fiche de la policlinique (obs. VII) où l'on voit une glossité dépapillante apparaître au bout de cinq ans de syphilis et après un traitement de 6 piqûres hebdomadaires d'huile grise.

Parmi les injections de *sels solubles*, nous donnons la préférence à celles de *benzoate de mercure*. Elles sont bien supportées et semblent avoir donné d'excellents résultats, là où avaient échoué bien d'autres médications (obs. XXIX).

Voici la formule préconisée dans le service de M. le Dr Gaucher :

Benzoate de mercure	1 gramme
Chlorure de sodium pur	2 gr. 50
Eau stérilisée	100 cent. cubes

Dose : 1 à 2 centimètres cubes par jour.

Les injections intraveineuses de *cyanure de mercure*, si le malade les supporte sans menace d'intoxication, se recommanderont par leur action rapide et énergique, dans les cas où un traitement particulièrement intense sera nécessaire.

On formulera :

Cyanure de mercure	1 gramme
Chlorure de sodium pur	0 gr. 35
Eau distillée	100 grammes

Dose : 1 à 1 centimètre cube 1/2 par jour.

Nous n'indiquons pas ici d'autres préparations de composés mercuriels, mais pour être complet, il faudrait les citer toutes, car il est des formes bizarres de « plaques muqueuses buccales tardives » qui nécessiteront successivement l'emploi de plusieurs médications différentes, avant de céder enfin sous l'action thérapeutique de l'une d'entre elles (obs. XXIX).

Dans les cas particulièrement rebelles, où des doses plus considérables de mercure seront nécessaires, l'emploi des *eaux sulfureuses* (1), telles que celles de Challes, Uriage, Luchon, Cauterets et Gréoulx, rendra de très grands services en permettant une plus grande absorption de mercure et en facilitant son élimination ; en augmentant, en un mot, la « mercurialisation » de l'organisme.

Le mécanisme de cette action adjuvante a été étudié par M. le professeur Gaucher et son chef de laboratoire, M. A. Desmoulières (2). Les sels de mercure, introduits dans l'organisme, se transforment en chloro-albuminates de mercure, solubles seulement en présence de chlorure de sodium ou d'un excès d'albumine. Les humeurs de l'organisme ne suffiraient pas à cette dissolution sans le secours des eaux sulfureuses. Celles-ci renferment toute une série de composés possédant la propriété de dissoudre ces

---

1. Gaucher, *Cours de perfectionnement thérapeutique hydrominérale* (mai 1911).

2. Desmoulières, *les Eaux sulfureuses dans le traitement mercuriel* (*Annales des maladies vénériennes*, 1908).

albuminates et de faciliter ainsi leur élimination.

« Et ainsi, dit M. le professeur Gaucher, on peut faire absorber à l'organisme cinq fois plus de mercure que sans l'action du soufre. »

Les eaux sulfureuses, à elles seules, semblent quelquefois produire des cures inattendues (1). Dans ces cas, elles ne font qu'utiliser, en en facilitant l'élimination, des réserves de mercure, introduit et accumulé en certains points de l'organisme, par des injections de sels insolubles.

On peut, sans aller dans une ville d'eaux sulfureuses, profiter à domicile de cette action adjuvante, en absorbant chaque jour de 2 à 4 verres à bordeaux d'eau d'Uriage ou de Luchon, ou 1 à 2 verres d'eau de Challes.

Dans les cas de transformation de plaques muqueuses buccales tardives en leucoplasie, on pourra employer avec succès les eaux cuivreuses de Saint-Christau.

Un autre adjuvant de la médication mercurielle, dont l'emploi ne sera pas inutile dans le traitement des « plaques muqueuses buccales tardives », est *l'iodure de potassium*. « Toutes les syphilis graves réclament l'adjonction de l'iodure de potassium au traitement », dit M. le professeur Gaucher, et les « plaques muqueuses récidivantes » en sont, pour lui, une indication.

Il est, enfin, un autre médicament qui semble trou-

---

1. Gaucher, *Chancre et syphilides*, 1907.

ver ici une de ses principales applications, soit dans la forme érosive, soit dans la forme ulcéreuse de ces syphilides tardives, c'est *l'arséno-benzol ou salvarsan*.

Notre maître, M. le professeur Gaucher (1), a comparé la valeur de l'arsénic organique et du mercure dans le traitement de la syphilis et tout en concluant que *l'arséno-benzol* ne trouve encore que des indications restreintes, il lui reconnaît cependant une action incontestable dans les lésions érosives ou ulcéreuses de la peau et des muqueuses : « Je me demande si ce corps n'est pas surtout un *cicatrisant*, dit-il, plutôt qu'un spécifique. On sait, en effet, depuis longtemps, quelle est la valeur de l'arsénic, comme rénovateur de l'épiderme. Quoi qu'il en soit, les plaques muqueuses érosives, superficielles, guérissent souvent d'une façon extraordinairement rapide après une injection d'arséno-benzol. J'ai vu des plaques muqueuses récidivantes de la gorge, du scrotum et de l'anus, qui avaient résisté au traitement mercuriel, disparaître en deux jours, d'autres en trois ou quatre jours. »

Et plus loin, notre savant maître indique les cas justiciables du « salvarsan » : « Quand le mercure n'est pas applicable à cause de l'intolérance du sujet, quand il est sans effet ou insuffisant, et seulement dans les lésions cutanées et muqueuses, sur-

1. Gaucher, *Valeur comparée de l'arsenic organique et du mercure dans le traitement de la syphilis* (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, nov. 1910).

tout dans les *lésions ulcéreuses* de la syphilis, l'arsénic organique peut être utile, à condition que les viscères soient sains. »

M. le Dr Emery (1) est encore plus affirmatif. « Les simples plaques muqueuses des amygdales et du voile du palais, les syphilides érosives ou superficiellement ulcéreuses des lèvres s'effacent comme par enchantement vingt-quatre ou trente-six heures, quelquefois même douze heures après l'injection. Les plaques muqueuses récidivantes deviennent chaque jour pour mon observation de plus en plus rares. »

Nous reproduisons, d'autre part, une observation du service de M. le professeur Gaucher où l'on voit un malade syphilitique depuis six ans, guéri en quinze jours, par l'arséno-benzol, de plaques muqueuses buccales récidivantes qui avaient résisté à d'autres traitements.

Que penser de ces opinions et de bien d'autres de provenances diverses, mais qui toutes s'accordent et s'unissent pour reconnaître à l'arséno-benzol, une action réellement heureuse sur la guérison des plaques muqueuses buccales tardives? Est-il permis d'en espérer aussi une action préventive durable sur ces mêmes lésions? C'est ce que le temps nous enseignera.

En attendant rendons hommage au « salvarsan », si, dans les cas qui nous occupent, il active la cicatrisation des plaques muqueuses buccales tardives, là

1. E. Emery, *Traitement de la syphilis par le dioxy-diamido-arséno benzol.* 1911.

où le mercure s'était montré impuissant, et s'il diminue par conséquent les chances de contagion.

Lorsque le malade aura vu disparaître ses lésions secondaires tardives, il ne devra pas se croire guéri pour cela de son ancienne syphilis et cesser tout traitement.

En même temps que le retour et l'apparition tardive des plaques muqueuses buccales attestent que la maladie existe toujours, en pleine activité, ils indiquent aussi qu'un traitement prolongé et méthodique est indispensable si l'on veut assurer l'avenir, conjurer les récidives et éteindre la diathèse.

On pourrait dire que ces manifestations tardives dans certains cas, quand elles sont bénignes, ont une signification presque heureuse. Elles sont en effet comme un avertissement pour le malade et comme une sollicitation à un nouveau traitement, sans lequel la maladie aurait peut-être passé, sans crier gare, au redoutable tertianisme.

Il faudra donc que le syphilitique continue la cure mercurielle après la disparition de ces plaques muqueuses tardives, qu'il s'astreigne à des cures successives coupées par des intervalles de repos, et cela pendant plusieurs années, comme s'il n'avait pas dépassé la période secondaire normale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à M. le professeur Gaucher et à M. Fouquet.)
(*Ann. de Derm. et Syphiligr.*, 1898.)

Plaques muqueuses de la face postérieure de la lèvre inférieure, dix-sept ans après le chancre et en coexistence avec une leucoplasie buccale.

Femme de quarante-cinq ans, non alcoolique, qui sait avoir contracté la syphilis de son mari, il y a dix-sept ans. A cette époque, elle eut un chancre aux organes génitaux, suivi d'accidents secondaires qui revenaient incessamment et pour lesquels elle fut soignée à diverses reprises à l'hôpital Saint-Louis. La malade, assez intelligente, soutient que, depuis cette époque, sa bouche n'a jamais été complètement exempte de boutons. Depuis six mois elle présente des *plaques muqueuses* à la face postérieure de la lèvre inférieure, où il existe actuellement deux plaques de la grandeur de deux lentilles réunies, assez saillantes et avec teinte opaline.

A gauche de la pointe de la langue, sur son bord, existe une ulcération produite par une petite molaire déviée en dedans. L'examen du reste de la bouche montre à la face

interne de la commissure buccale droite la présence de quelques plaques leucoplasiques, et sur la face dorsale de la langue, près du bord droit, l'existence d'une fissure avec plaque leucoplasique autour d'elle. Ces lésions étaient tout à fait distinctes des deux plaques muqueuses précédentes. Le traitement général a eu facilement raison de ces plaques muqueuses, tandis que l'ulcère dentaire et la leucoplasie persistent encore.

OBSERVATION II

(Due à M. le professeur Gaucher).

Fiche du service, n° 8674. — *Plaques muqueuses buccales, dix ans après le chancre. — Transformation en leucoplasie.*

B. A..., chauffeur, vingt-neuf ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, en juillet 1907.

Il a eu les fièvres paludéennes au Sénégal en 1900.

En 1897, chancre syphilitique et roséole soignés pendant un mois à Saint-Louis, au début.

Pendant les huit années suivantes, aucun traitement.

Janvier 1906. — Céphalées et *plaques muqueuses* des commissures, du voile du palais et des amygdales, entretenues par le tabac et l'alcool, malgré un traitement par les pilules de Dupuytren et le sirop de Gibert.

Un traitement par le benzoate de mercure guérit les ulcérations pharyngées, mais le 7 mai 1907, le malade présente des placards leucoplasiques sur les joues, au niveau de l'interligne dentaire et ses plaques muqueuses récidivantes de la

lèvre sont très nettement en voie de *transformation leucoplasique*. Il ne s'agit pas de la production de ces petites pellicules blanchâtres et éphémères disposées en liséré, à la périphérie des érosions en voie de cicatrisation, mais d'une véritable kératinisation striée, résistante et durable de la leucoplasie.

19 juillet 1907. — Actuellement le malade revient dans le service pour de nouvelles *plaques muqueuses* buccales à la face interne et au bord des lèvres.

Les plaques leucoplasiques sont maintenant bien organisées et nacrées aux commissures des lèvres et à la face interne des joues.

Pharynx rouge, mais non ulcéré. Pas de lésion génitale. Guérison rapide par injections de benzoate de mercure. Cautérisation au nitrate d'argent et lavage à l'eau oxygénée.

26 juillet 1907. — Le malade sort, sur sa demande.

12 mai 1908. — Quelques syphilides de la joue droite. Leucoplasie de la commissure et de la face interne des joues.

OBSERVATION III

(Due à M. le professeur Gaucher.)

Fiche de la policlinique, n° 9814. — *Plaques muqueuses buccales, neuf ans après le chancre. — Transformation leucoplasique et coexistence avec accidents de la période tertiaire.*

P. F..., ajusteur, quarante-trois ans, se présente le 21 juillet 1907.

Juillet 1898. — Chancre syphilitique du gland ayant duré un mois.

Roséole trois semaines plus tard, constatée et traitée à Saint-Louis par pilules pendant trois semaines.

Plaques muqueuses buccales et pharyngées six ou sept mois après le chancre. Durée de deux à trois mois et guérison spontanée sans traitement.

Marié depuis quatorze ans, a eu deux enfants bien portants avant la syphilis. Sa femme a fait deux fausses couches depuis cette époque.

En 1904, éruption en placard, non douloureuse sur la face latérale gauche du thorax. Durée de plusieurs semaines et guérison spontanée. Amaigrissement.

En 1905, ulcération superficielle de la rainure balano-préputiale. Durée de huit jours et guérison spontanée.

Depuis cette époque, douleurs vives, surtout la nuit, dans les tibias. Nodosités osseuses.

21 juillet 1907. — Actuellement, ulcérations buccales superficielles (plaques muqueuses) de la face interne de la lèvre inférieure, datant de un mois, mais actuellement en voie de cicatrisation et *de transformation leucoplasique*. Traînée et plaques de leucoplasie nette et bien organisée aux commissures labiales et dans les régions avoisinantes. Pas d'ulcération dans le larynx. Le malade est *grand fumeur*. Les pupilles sont égales mais ont une réaction très paresseuse à la lumière. Réflexes tendineux normaux.

OBSERVATION IV

(Due à MM. Emery et Druelle, *Archives de Médecine*, 1903).

Plaques muqueuses buccales survenues dix ans après le début de la syphilis et coïncidant avec des accidents tertiaires (syphilides gommeuses du cuir chevelu).

C... V..., cocher, trente ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, le 1er août 1903.

En 1893, chancre syphilitique du fourreau de la verge. Roséole et plaques muqueuses de la bouche et de l'anus. Traitement irrégulier par pilules mercurielles, au début, puis cessation du traitement avec disparition des symptômes.

En 1901, poussée de syphilides gommeuses multiples des membres supérieurs et inférieurs. Guérison assez lente sous l'influence du traitement mixte.

1er août 1903. — Actuellement, syphilides gommeuses du cuir chevelu, dont le début remonte à deux mois : croûtes épaisses verdâtres et stratifiées, sur une grande partie du cuir chevelu recouvrant des ulcérations profondes à fond bourbillonneux et à bords taillés à pic.

Placards de leucoplasie sur la face supérieure de la langue et la région rétro-commissurale des joues.

Mais, d'autre part, on voit en différents points de la cavité buccale, *des plaques muqueuses buccales* absolument typiques. C'est ainsi qu'on trouve au niveau des deux commissures labiales, des syphilides érosives recouvertes d'un léger enduit opalin; elles s'étendent sur les parties supérieure et inférieure de la commissure, et empiètent légère-

ment sur la zone cutanée adjacente, où elles sont croûtelleuses.

En plusieurs points des bords de la langue, on voit d'autres plaques muqueuses érosives, dont certaines sont fissuraires et les autres arrondies.

Enfin, sur la voûte palatine, à droite de la ligne médiane, existe une syphilide populo-érosive, qui tranche nettement sur le reste de la région par sa surélévation et sa couleur rosée.

Les dents sont en très mauvais état, le malade est grand fumeur et n'a jamais cessé l'usage du tabac depuis le début de sa syphilis.

OBSERVATION V

(Due à MM. Emery et Druelle, *Archives de Médecine*, 1903)

Plaques muqueuses buccales survenues vingt ans après le début de la syphilis et coïncidant avec une gomme de la jambe et une glossite scléreuse.

A... J..., cinquante et un ans, ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 10 juillet 1903.

En 1883, chancre syphilitique de la verge, suivi de roséole et de plaques muqueuses dans la bouche, à l'anus et aux organes génitaux. Traitement irrégulier.

Depuis, poussés multiples de syphilis consistant en lésions buccales et en syphilides ulcéreuses des jambes.

10 juillet 1903. — Actuellement, entré à l'hôpital pour lésion de la jambe droite et de la bouche : jambe variqueuse. Cicatrices consécutives aux syphilides ulcéro-gommeuses.

Ces syphilides ont guéri par le traitement spécifique.

Au-dessus de la malléole interne, gomme syphilitique ulcérée dont la grandeur est celle d'une pièce de cinq francs. Cette gomme a débuté, il y a cinq six à mois.

Dans la bouche, on trouve des lésions d'ordre divers : depuis le début de sa syphilis, le malade a, du reste, fréquemment présenté des lésions de ce côté. Il fumait beaucoup autrefois. Il a cessé, il y a environ dix ans, mais, depuis, il chique quotidiennement. Les dents sont en très mauvais état, cariées pour la plupart ; il existe de la gingivite généralisée.

On note une glossite tertiaire scléreuse de la variété profonde. La langue, qui est recouverte de plaques blanchâtres d'aspect leucoplasique, est parcourue par de profonds sillons, qui la crevassent et la lobulent irrégulièrement.

D'autre part, au-dessus de la commissure buccale droite, existe une plaque muqueuse typique située tout entière sur la face interne de la joue. C'est une érosion ovalaire, allongée de haut en bas, mesurant un centimètre dans son grand diamètre. Son fond, rouge par endroits, est plus souvent recouvert d'un enduit opalin. Cette plaque muqueuse s'est développée depuis quinze jours.

Sur la face inférieure de la langue, non loin de la pointe et à gauche, se voit une autre plaque muqueuse arrondie, érosive et opaline.

Sur le bord gauche de la langue, on trouve une autre plaque de variété papulo-érosive; elle est plus petite que la précédente et a les dimensions d'une lentille.

Traitement. — Deux cuillerées à soupe par jour de sirop mixte bi-ioduré.

28 juillet 1903. — Les plaques muqueuses sont tout à fait

guéries, mais les lésions tertiaires sont peu modifiées ; l'ulcère gommeux de la jambe droite tend pourtant à se rétrécir.

OBSERVATION VI

(Due à M. le professeur A. Fournier, *Syph. second. tard.*, 1906.)

Plaques muqueuses linguales récidivant pendant dix ans. Transformation en glossite scléreuse

Un de mes clients (fumeur) n'a pas cessé de *la première* à *la dixième année* de sa maladie de présenter une série subintrante de syphilides buccales, de *caractère invariablement érosif*, notamment de syphilides linguales superficielles et dépapillantes pour aboutir, vers la onzième année, à une *glossite scléreuse* lobulée.

OBSERVATION VII

(Due à M. le professeur Gaucher.)

Fiche de la polyclinique, n° 16725. — *Glossite dépapillante après cinq ans de syphilis, malgré traitement à l'huile grise*

M. D..., trente-six ans, représentant de commerce, vient à la polyclinique le 27 mars 1910. Chancre syphilitique de la verge il y a cinq ans. Roséole. Plaques muqueuses buccales. Soigné d'abord par pilules à Ricord, puis par piqûres d'huile grise faites irrégulièrement. Il vient d'être fait une série de

6 piqûres hebdomadaires à l'huile grise, dont la dernière remonte à huit jours.

Actuellement, le malade présente de la *glossite dépapillante* de la plus grande partie de la langue, face dorsale. Il n'a jamais cessé de fumer depuis qu'il a eu la syphilis.

Traitement. — Repos de six semaines. Un verre d'eau d'Uriage le matin.

OBSERVATION VIII

(Due à M. le professeur A. Fournier, *Syph. second. tard.*, 1906). (Résumée)

Glossite dépapillante à la vingt-huitième année de la syphilis et précédée d'accidents de modalité tertiaire

J. B..., cinquante-deux ans, entre le 4 juin 1901, salle Saint-Louis.

En 1873, chancre du fourreau, adénopathie, roséole. Le malade se marie et contagionne sa femme. L'un et l'autre restent vingt mois sans traitement. Durant les vingt années qui suivent, la femme a dix grossesses successives. Un seul enfant naît viable.

En 1895, la syphilis reparaît chez le mari sous forme d'hémiplégie gauche. Traitement par frictions mercurielles. Guérison.

En 1898, il présente des syphilides sur le tronc et des ulcérations du scrotum. Guérison à la Pitié, à la suite de 15 piqûres d'huile grise et 15 de calomel. Stomatites.

Avril 1901. — Récidive des syphilides cutanées, accompagnées de douleurs osseuses.

Actuellement (4 juin 1901), il y a trois semaines, il lui est survenu sur l'extrémité de la face supérieure de la langue, une petite lésion non douloureuse qui est allée en grandissant. A l'heure actuelle, cette lésion est rigoureusement annulaire, et de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Elle présente l'aspect d'une plaque de *glossite dépapillante*, bien circinée et non érosive, à centre sain (photographie aquarellisée, pl. VII). Le malade est chiqueur, il a en outre de la leucoplasie, plus accentuée par placards sur la face interne des joues et des lèvres.

OBSERVATION IX

(Due à M. le professeur A. Fournier, *Syphilis second. tard.*, 1906)

Glossite dépapillante à la trentième année de la syphilis

X..., soixante ans, syphilis en 1866, vue et traitée par un médecin de l'hôpital du Midi. Chancre du gland. Plaques muqueuses buccales. Traitement prolongé par mercure et iodure.

Nul accident jusqu'en 1895. A cette époque, périonyxis suppuré puis ulcéreux du gros orteil. Guérison par traitement mixte. Récidive quelques mois plus tard. Traitement. Chute de l'ongle. Guérison.

En 1896, deux plaques indéniables de *glossite dépapillante*, l'une ayant les proportions d'un haricot, l'autre plus étendue (2 cm. de long sur 1 de large). Échec d'un traitement purement local. Trois mois après, une injection de calomel (à 5 cgr.) produit une modification immédiate, suivie d'une guérison rapide.

Huit mois plus tard, nouvelle aire de dépapillation linguale, tout à fait caractéristique et par sa physionomie générale et par une configuration arciforme bien accentuée. Une injection de calomel en produit la disparition.

OBSERVATION X (Personnelle)

(Prise dans le service de M. le professeur Gaucher.)

Fiche, n° 20737. — *Plaques muqueuses buccales, quinze ans après l'infection, sans que le malade n'ait jamais suivi de traitement ni vu apparaître d'accidents depuis le chancre. Spirochæte dans les lésions buccales.*

M. C..., âgée de trente-trois ans, garçon de magasin, se présente à la policlinique, service de M. le professeur Gaucher, le 6 mai 1911.

Antécédents héréditaires. — Père, mort à soixante-neuf ans de congestion pulmonaire. Mère, bien portante, aucune tare dans la famille.

Antécédents personnels. — Le malade a eu la scarlatine dans son enfance. Il a contracté la syphilis à dix-huit ans, en 1896, ayant comme accident un chancre du méat, accompagné de phimosis inflammatoire et d'adénopathie bilatérale douloureuse. A ce moment, le malade a été soigné par M. Ricord, mais ne se souvient pas d'avoir suivi un traitement général. Il dit, au contraire, qu'on lui a fait, sur son chancre, des applications locales de compresses et de iodoforme, comme s'il s'était agi d'un chancre simple.

Pendant son séjour, qui dura un mois, à l'hôpital, il fut opéré de son phimosis. Depuis sa sortie, il n'a jamais suivi

aucun traitement et n'a jamais eu l'attention attirée par aucun accident syphilitique, jusqu'au mois de mars dernier, c'est-à-dire pendant quinze ans. La période secondaire a passé tout à fait inapercue pour le malade. Il se souvient seulement d'une chute de cheveux, il y a trois ans, en 1908.

Entre temps, il a contracté au régiment, à vingt-deux ans, en 1900, une fièvre typhoïde, compliquée de bronchite chronique, sans expectoration de bacille.

Il s'est marié en 1907, avec une femme dont le père était syphilitique et la sœur, nettement hérédo-syphilitique.

Il n'a pas eu d'enfant vivant, mais sa femme a eu un avortement à six mois et un enfant mort-né, étranglé par des circulaires du cordon.

Au début de mars 1911, le malade ressent des picotements sur le côté gauche de la langue. A ce moment, apparaissent à cet endroit des *plaques muqueuses érosives*. Mêmes phénomènes et mêmes accidents quelques jours après, à la pointe, puis sur le côté droit de la langue, enfin sur la face interne de la lèvre inférieure. C'est un *gros fumeur depuis l'âge de dix-neuf ans ;* de plus, il a *plusieurs, molaires cariées* et *cassées.*

Au commencement d'avril, apparaissent des syphilides tertiaires circinées du sillon balano-préputial avec adénopathie inguinale droite.

1er mai. — Le malade est pris d'une laryngite qui le gêne pour parler.

Actuellement (6 mai 1911), M. le professeur Gaucher voit le malade et constate toutes ces lésions qui existent encore. Dans la bouche, notamment, on remarque sur les

bords et la pointe de la langue, 6 à 7 plaques muqueuses érosives et ulcéreuses ; sur la face interne de la lèvre inférieure, 4 ou 5 plaques muqueuses superficielles, simplement érosives.

L'auscultation du malade révèle des sibilants et de la rudesse respiratoire. L'examen bactériologique des crachats ne montre pas de bacille de Koch, mais l'examen à l'ultramicroscope de la sérosité des plaques muqueuses, pratiqué par M. Paris montre des spirochætes.

Le malade est soumis à un traitement mercuriel par piqûres de benzoate de mercure.

18 mai 1911. — Les syphilides tertiaires de la verge et la laryngite ont disparu. Les syphilides buccales persistent, mais le malade a un commencement de stomatite et est obligé de cesser son traitement.

27 mai. — La stomatite s'améliore et les plaques muqueuses de la langue diminuent. Les plaques muqueuses de la face interne de la lèvre persistent. Le malade ne reprend pas encore son traitement.

OBSERVATION XI (Personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Gaucher)

Fiche nº 20.780. — *Plaques muqueuses linguales après cinq ans de syphilis. Examen positif à l'ultra-microscope.*

A. G..., trente ans, gardien de la paix, se présente à la consultation le 12 mai 1911. Jamais malade jusqu'en janvier 1906. A cette date A. G... contracte la syphilis. Chancre dont on voit encore la cicatrice dans le sillon balano-préputial

Adénopathie. Traitement intermittent pendant trois ans par pilules de protoïodure.

Le malade n'ayant présenté aucun accident, pendant ce temps, se marie en 1909. Sa femme avorte l'année suivante.

Actuellement. — Plaques muqueuses fissuriques sur le bord gauche de la langue.

A. G... est un gros fumeur de cigarettes et possède une mauvaise dentition : molaires cariées.

L'examen de la sérosité des plaques muqueuses, à l'ultra-microscope, montre des spirochætes. Traitement par pilules de protoïdure et trois piqûres de benzoate par semaine.

27 mai 1911. — Grande amélioration des plaques muqueuses.

OBSERVATION XII

(Due à Pappée, *Monatsh. für Dermat.*, 1909.)

Syphilides papulo-érosives dix ans après l'infection. Coexistence d'accidents de la période tertiaire.

Avril 1898. — Deux chancres de prépuce. Adénopathie du côté gauche. Frictions mercurielles.

22 octobre. — Psoriasis palmaire et plantaire. Frictions pendant quatre ans, guérison suivie de récidives.

Mai 1902. — Papules suintantes des gencives, des bords de la langue, de la lèvre inférieure et de la muqueuse du rectum.

Mariage à ce moment sans autorisation.

1903. — Érosions superficielles des lèvres et de la langue. Friction mercurielle.

1904. — Perforation du pilier intérieur gauche. Papules

récentes sur le pilier droit. Plaques muqueuses buccales et scrotales. Guérison après quinze injections.

1905. — Papules récidivantes sur la lèvre supérieure, les bords de la langue, le voile du palais et du scrotum. Guérison après dix injections de sublimé.

1906. — Récidives des mêmes symptômes.

1908. — Dix ans après l'infection, en mars et en juillet, papules humides de l'ongle, de la bouche, des lèvres, du voile du palais et de la langue. Ulcère serpigineux du scrotum. Guérison par dix injections de sublimé.

1909. — Papules sur les gencives et sur la langue.

OBSERVATION XIII

(Due à Pappée, *Monat. für Dermat.*, 1909.)

Syphilides papulo-érosives neuf ans après l'infection et précédé d'accidents graves

Chancre en 1891. Perforation de la cloison du nez en 1895.

En 1899, papules ulcérées de la langue. Exanthème maculo-papuleux du tronc, et ulcères des jambes.

Février et août 1900. — Papules multiples des deux lèvres et psoriasis de la paume des mains.

1904. — Treize ans après l'infection, papules ulcérées du scrotum et leucoplasie linguale.

Traitement irrégulier.

OBSERVATION XIV

(Due à Nielsen, *Monat. für Dermat.*, 1909.)

Syphilides papulo-érosives de la bouche, avec recherche du spirochæte, neuf ans après l'infection

P. T..., cocher, vingt-huit ans. Syphilis traitée à l'hôpital de Copenhague en 1900.

Papules hypertrophiques humides du périnée, de la verge et de l'anus, adénite généralisée. Papules sur les amygdales les gencives, la face interne des joues et le bord gauche de la langue. Leucodermie du cou.

Le malade n'avait jamais été traité auparavant et l'on ne pouvait savoir la date de son infection.

Septembre 1908. — Il est accepté dans mon service à Friederisberg.

Depuis son séjour en 1900, à l'hôpital de Copenhague, il affirme n'avoir pas eu de récidive et n'avoir suivi aucun traitement pendant ces neuf ans.

Il a *beaucoup fumé* ces temps derniers.

Depuis huit jours douleurs à la déglutition. Sur les gencives et les amygdales se trouvent des papules à surface érodée et grisâtre.

Des papules analogues sont aussi sur la face inférieure de la langue et la face interne de la lèvre inférieure. Poli-adénite peu notable.

État général bon. Présence de spirochæte démontrée dans ces lésions.

OBSERVATION XV

(Due à M. Gourchet, *Revue de Stomatologie*, 1906.) (Résumée)

Plaques muqueuses tardives, rebelles au mercure et en regard d'une mauvaise dentition. Guérison par prothèse dentaire.

Un malade de vingt-six ans. syphilitique depuis huit ans, présente des ulcérations de chaque côté de la langue. Ces ulcérations ne guérissent pas par le traitement mercuriel. On remarque, dans la bouche, qu'il existe des vides, produits par des avulsions de dents et que les ulcérations siègent au niveau des dents limitant les espaces vides. On comble les vides dentaires par des appareils prothétiques et les ulcérations guérissent en vingt jours.

OBSERVATION XVI

(Due à Delansorne, thèse de Paris, 1893.) (Résumée)

Syphilides érosives linguales et palatines récidivant d'abord, sous l'influence du tabac, puis après onze ans de silence, sous l'influence, cette fois, d'excès de boisson.

H. L..., trentre-quatre ans, cuisinier; entre le 13 août 1892 dans le service du professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, pour accidents syphilitiques de la bouche et de a commissure labiale droite.

Avril 1883. — Chancre compliqué de phimosis; adénopathie et roséole. Durée un mois et demi.

Depuis, récidives multiples et confluentes de syphilides

érosives de la langue et du palais. Le malade est grand fumeur de cigarettes. Après son séjour à l'hôpital du Midi, le malade cesse tout traitement.

En 1886, naissance d'un enfant bien portant. La femme est indemne.

H... se croit guéri lorsque, au mois de juillet 1891, bien qu'ayant cessé depuis longtemps de fumer, apparaissent à la langue les mêmes accidents qu'en 1882 : ce sont des syphilides superficielles et confluentes, ressemblant à des syphilides de quelques mois seulement.

Elles guérissent en quelques jours par un traitement général et des cautérisations, mais reparaissent presque aussitôt et cela à maintes reprises. Langue souple. A côté de ces éléments de syphilis d'aspect récent sont survenues à peu près à la même époque une syphilide ulcéreuse chancriforme de la pointe de la langue et une syphilide ulcéro-gommeuse de la commissure labiale droite. Tous les caractères de manifestation tertiaire. Amaigrissement.

A quoi attribuer ces poussées après onze ans. H... a changé de profession. Il fait maintenant un métier fatigant aux ateliers de métallurgie. Il s'est adonné à la *boisson* : sobre autrefois, il boit maintenant plusieurs absinthes et nombre de verres d'alcool.

OBSERVATION XVII

(Due à Frossard, thèse de Paris, 1901.)

Accidents buccaux à répétition. Guérison après traitement dentaire

E. B... trente-six ans, ménagère, syphilis depuis dix-sept ans. Mauvais traitement de début. Croûte de rupia à la jambe.

Accidents génitaux bénins, mais la malade a présenté constamment depuis le début de son infection des accidents spécifiques buccaux. Dents dans un état déplorable depuis l'âge de treize ans.

En 1887, lésions de la cuisse droite traitées à Lourcins. Ces lésions guérissent par le traitement, mais les accidents buccaux persitsent.

Actuellement, ulcération buccale en face de chicots, mais due à un coup de poing.

État de la bouche, dents cariées et cassées. Débris et tartres dentaires.

On lui arrange alors sa dentition. On lui nettoie la bouche, et en huit jours les lésions buccales ont disparu.

OBSERVATION XVIII

(Due à M. le Dr Jeanselme, *Journ. des Prat.*, 1909.)

Plaques muqueuses buccales après vingt-quatre ans de syphilis. Diagnostic par coïncidences d'accidents concomitants.

Homme de quarante-quatre ans, se présente à l'hôpital Broca pour un sycosis de la moustache, récidivant depuis trois ans. Pendant l'examen on remarque une petite plaque muqueuse sous forme de raghade de la commissure labiale gauche. On fait déshabiller le malade. Éruption floride circinée sur le tronc et les membres supérieurs, délimitant des arcs de cercle sur fond de peau d'aspect normal. Le diagnostic est fait avec le zona : plus de la moitié du tronc.

Le malade a eu la syphilis en 1885, il y a vingt-quatre ans.

De plus, chez ce malade, incorrigible fumeur, on trouve des accidents syphilo-nicotiniques des joues et des lèvres, sous forme de leucoplasie.

OBSERVATION XIX

(Due à Tchistiakoff, reproduite par Tarassévitch) (Résumée)

Contagion par mari syphilitique depuis six ans

Officier de la marine, vingt-six ans, contracte la syphilis au Japon, en février 1889. Chancre en mars, roséole en avril; traitement : 48 frictions et iodure. Pendant la deuxième et la troisième années qu'il passe sous un climat chaud, pas de récidives.

De retour à Saint-Pétersbourg, il prend 40 bains chauds (à 40 degrés).

En 1895, une consultation de 4 médecins, après examen complet du malade, autorise le mariage qui est contracté deux mois après. Cinq mois après la femme a un chancre vulvaire suivi de roséole. Le mari, examiné par M. le professeur Tarnowsky, présente une plaque muqueuse sur le bord gauche de la langue. Désolé par le malheur qui lui est arrivé, il en accuse les médecins dont il a suivi tous les conseils et qui n'ont pas su lui éviter un tel désastre.

OBSERVATION XX

(Due à M. le professeur Fournier, *Syphilis et mariage*.)

Femme contagionnée après la naissance de 2 enfants sains

Chancre induré. Roséole. Psoriasis palmaire. Syphilides buccales. Traitement ioduré, pas de mercure. Mariage

quatre ans après le début de la maladie. Femme reste indemne. Deux enfants sains. Après la naissance du deuxième enfant, le malade contagionne sa femme par une syphilide buccale. Une grossesse survenue l'année suivante se termine par un avortement.

OBSERVATION XXI

(Due à M. Ch. Mauriac, reproduite par M. Tarassévitch.)

Contagion conjugale. Chancre de la vulve communiqué par syphilides buccales (syphilis de dix ans)

Un jeune homme entre dans le service de M. Mauriac, le 22 décembre 1876, avec une roséole et des plaques muqueuses.

Plus tard, il a des récidives du même ordre et des onyxis aux mains et aux pieds. Très soigneux, le malade revient assez souvent pour se faire examiner. La syphilis, peu grave comme lésions, se montre très rebelle.

A la fin de 1884 et au commencement de 1885, le malade consulte M. Mauriac au point de vue du mariage. Ne trouvant rien de suspect, M. Mauriac en donne l'autorisation.

Le 3 mai 1885, c'est-à-dire neuf années et demie après le chancre, il épouse une fille de campagne dont la moralité est hors de soupçon. Quatre mois après le mariage, la femme commence à éprouver des maux de tête, des douleurs vagues partout, et bientôt après, elle aperçoit quelques taches sur la peau. Le mari conduit sa femme chez M. Mauriac, qui constate, le 20 septembre, un gros chancre induré, en partie cicatrisé de la grande lèvre gauche, une roséole, des croûtes dans les cheveux.

Le mari raconte qu'il lui était survenu, quelques semaines après son mariage, une petite lésion au bout de la langue, et que la croyant inoffensive, il avait eu des rapports *ab ore* avec sa femme. C'est à quoi il attribue la contagion, en écartant toute idée d'infidélité conjugale, parce qu'il a épousé une fille honnête et ne l'a jamais quittée après le mariage.

Examen du mari. — On découvre une petite fissure médiane sur la langue ; cette fissure est entourée d'un cercle de desquamation épithéliale. Il existe encore des cercles semblables, mais sans fissure.

OBSERVATION XXII

(Due à M. le professeur Fournier, *Syph. sec. tand.*, 1906.)

Contagion après six ans de syphilis

Un jeune homme contracte la syphilis et s'en traite assez bien. Mais *incorrigible fumeur*, il en conserve une prédisposition à ce qu'il appelle des « échauffements de la bouche ». Néanmoins, il se marie dans la *quatrième* année de sa maladie. Je le vois seulement après son mariage justement effrayé qu'il est par de nouvelles poussées vers la bouche, poussées consistant en érosions sur les bords de la langue, petites, minimes quelquefois et plaques dépapillantes sur le plateau dorsale de l'organe. Le malade continue à fumer et ces poussées récidivent à intervalles de plus en plus courts. Je l'adjure de cesser de fumer, en lui prédisant qu'un jour ou l'autre, il contaminera sa jeune femme, forcément, nécessairement, et cela, d'autant « qu'il l'embrasse fréquemment

sur la bouche ». Dix-huit mois, cependant, se passent, puis un jour, il arrive chez moi, désolé, m'amenant sa femme sur laquelle je constate un chancre induré de la lèvre inférieure. La syphilis du mari, à cette époque *datait exactement de six ans et quatre mois.*

OBSERVATION XXIII

(Due à M. le professeur Fournier, *Syph. sec. tand.*, 1906.)

Mari syphilitique depuis six ans. Femme contagionnée après la naissance de deux enfants sains

Jeune homme affecté de syphilis depuis six ans. Mariage quatre ans après le début de la maladie. Naissance de deux enfants sains. Après la naissance du second enfant sain, le mari, fumeur, est repris de syphilides buccales, par lesquelles il contagionne sa femme chez laquelle évolue une syphilis classique. Une grossesse, l'année suivante se termine par avortement.

OBSERVATION XXIV

(Due à M. le professeur Fournier, *Syph. sec. tand.*, 1906.)

(*Résumée*)

Contagion produite dix-huit ans après le début de la syphilis, par des plaques muqueuses à forme récidivante

X..., prend la syphilis à dix-neuf ans en 1868. Quatre chancres de la verge ; adénopathie. Accidents secondaires légers, mais plaques gutturales incessamment *récidivantes*, malgré le traitement, à cause de l'abus de tabac.

En 1871, syphilide scrotale. En 1872, roséole cerclée. A maintes reprises et toujours sous l'influence du tabac, lésions buccales, tantôt nettement spécifiques, tantôt de nature douteuse.

En 1873, roséole cerclée et érosions multiples de la langue.

En 1875 et en 1879, récidive d'érythème cerclé sur la jambe, disparaissant avec le traitement.

En 1883, le malade se marie. En 1885, érosions linguales sur le bord de la langue et syphilide du scrotum, puis affection pulmonaire spécifique (gomme) guérie par la médication spécifique. Depuis lors, bon état.

A ce moment un chancre labiale apparaît chez sa femme, ganglion sous-maxillaire et éruption secondaire incontestable.

Mme X... est d'une moralité qui ne laisse prise à aucun soupçon.

OBSERVATION XXV

(Due à M. le professeur Spillmann, reproduite par M. le professeur Fournier.)

Contagion après neuf ans de syphilis. Mari fumeur

X..., syphilis en 1871, chancre, roséole, syphilides papuleuses, alopécie, plaques buccales, etc. Traitement régulier pendant quatre ans. Mariage en 1876 après avoir fait un nouveau traitement mercuriel de deux mois. Naissance d'un premier enfant sain, aujourd'hui âgé de vingt-six ans. Vers cette époque le père *prend le goût de la boisson et du tabac.*

Bientôt il est affecté à nouveau de manifestations spécifiques linguales (*syphlides érosives*).

Averti à plusieurs reprises des dangers auxquels de tels accidents exposent sa femme, il n'en continue pas moins à fumer, et les syphilides pullulent de plus belle. En 1880, la femme du malade présente un chancre induré de la lèvre inférieure, bientôt suivi d'accidents secondaires. Comme elle était enceinte à ce moment, elle avorta. Un et trois ans plus tard, naissance de deux enfants hérédo-syphilitiques et dégénérés.

OBSERVATION XXVI

(Due à M. Bovéro, reproduite par le professeur A. Fournier.)

Un mari syphilitique depuis *dix ans* transmet la syphilis à sa femme de par une plaque muqueuse labiale. Il y avait huit ans à cette date qu'il n'avait plus éprouvé la moindre manifestation syphilitique et sa femme avait eu *depuis un enfant parfaitement sain* (*Gaz. méd.*, de Turin, 1898).

OBSERVATION XXVII

(Due à M. le Dr Barthelémy, reproduite par M. le professeur A. Fournier.)

Contagion après douze ans de syphilis. Confrontation positive

Un homme syphilitique depuis *douze ans* et grand fumeur était affecté depuis des années d'une de ces stomatites chroniques à poussées presque subintrantes, composées de lésions diverses et le plus souvent indéterminables comme

nature (syphilides vraies, lésions herpétiques ou herpétiformes, lésion de glossite lisse de leucoplasie, etc.). Trois ans après son mariage, sa femme en relevant de couches et en pleine période d'allaitement vint à présenter un chancre induré du mamelon, suivi d'accidents d'infection générale. Une enquête sérieuse établit qu'elle tenait la syphilis de son mari, qui n'avait pas cessé,depuis plusieurs mois, d'avoir la bouche envahie par des lésions syphilo-nicotiniques et avouait d'ailleurs avoir, à maintes reprises, embrassé le sein de sa femme.

OBSERVATION XXVIII

(Due à M. le professeur A. Fournier, *Syphilis secondaire tardive*, 1906.)

Plaques muqueuses linguales tardives guéries par association de la cure intense mercurielle et d'une saison à Uriage

M. X..., syphilitique depuis neuf ans vient me consulter en 1890 pour une affection de la bouche récidivant depuis trois ans et entretenu par un abus de tabac ; affection constituée par une inombrable série de poussées éruptives, qui se sont produites un peu partout dans la bouche et surtout sur la langue.

Aujourd'hui, groupe confluent de syphilides érosives sur la langue, associées à de nombreuses plaques de dépapillations. Affection rebelle au traitement. Je prescris un traitement *intensif*, dirigé à Uriage par le Dr Doyon. Ce traitement (8 à 10 gr. d'onguent par jour) modifie rapidement l'état de la langue et guérit les lésions. L'année suivante : récidive

légère, reprise du traitement et nouvelle saison à Uriage. Guérison durable.

OBSERVATION XXIX

(Due à M. Gastou, *Annales de Dermatologie et de Syphiligr.* Séance du 7 janvier 1904.)

Lésions syphilitiques multiformes récidivantes de la langue, rebelles à tout traitement pendant cinq ans sauf aux injections de benzoate de mercure.

Mme X..., en 1896, chancre, roséole, traitement pilulaire. Elle tolère mal ce traitement : diarrhées fréquentes. Elle le suit néanmoins pendant un an, mais d'une façon intermittente, alternant l'usage des pilules de Dupuyten avec l'emploi des liqueurs de Van Swieten ou du sirop de Gibert.

En 1898, escostose tibiale, rebelle. Syphilides psoriasiformes de la cuisse et de la paume des mains. Deux pilules de Dupuytren par jour pendant un mois et iodure.

Ses occupations l'empêchent de pratiquer des injections mercurielles.

En juin 1899, manifestations linguales qui, à partir de ce moment jusqu'à ce jour, ne vont pas cesser de tourmenter la malade.

Depuis quatre ans, tout ce que la syphilis peut produire sur la langue s'y est manifesté ; depuis la plaque lisse jusqu'à la sclérose linguale en masse, en passant par les érosions, fissures, leucoplasie et gommes. État douloureux intense à certains moments.

Or à toutes les périodes de sa maladie, la malade a été soumise à des traitements mercuriels multiples, avec des succès variables et des récidives successives.

Pilules d'abord, puis frictions (6 à 10 gr. d'onguent mercuriel quotidiennement pendant 20 jours) sans résultat.

Huit injections de 5 centigrammes de calomel n'eurent pas d'influence.

Cinquante et une injections quotidiennes de biodure de mercure (1, 2 et 3 centigr.) amènent la guérison mais les accidents récidivent après deux mois.

Les mercuriaux en application locale ne donnent pas de résultat.

On tente de nouveau un traitement mercuriel sous forme d'injection d'huile grise à 40 o/o (2 à 4 gouttes tous les 8 jours). L'affection persiste et s'aggrave.

La malade est alors soumise, sur les conseils de M. le professeur Gaucher, à des injections de benzoate de mercure, à la dose de 2 centigrammes par jour. Dès la douzième injection, l'amélioration s'accentue et aujourd'hui la lésion est à peu près guérie.

OBSERVATION XXX

(Due à M. le professeur Gaucher, Fiche du service, n° 18737.)

Syphilides ulcéreuses de la lèvre traitée par l'arséno-benzol

L. S..., trente-huit ans, voyageur, se présente à la Policlinique le 19 octobre 1910. Chancre syphilitique à tendance phagédinique de la base de la verge, à droite, il y a six ans. D'abord traité dans le service du Dr Bodin, à Reims, par piqûres de biodure. A eu roséole et plaques muqueuses.

S'est soigné depuis six ans avec pilules mercurielles et

surtout iodure de potassium et irrégulièrement par quelques injections mercurielles.

Le malade qui fumait faisait des accidents buccaux à répétition.

Il y a un mois, il présentait des syphilides ulcéreuses de la lèvre inférieure et de la commissure droite. Il s'est alors fait traité à Francfort par injection de 1 gramme d'arseno-benzol. Les ulcérations de la lèvre ont été guéries en quinze jours.

Actuellement. — Sous l'omoplate droite, petite masse indurée au siège de la piqûre de 606, mais plus d'ulcération sur la lèvre inférieure, où l'on voit une cicatrice. Rien sur la langue, rien dans la bouche. Des ganglions sous-maxillaires droits ont aussi disparu après le 606.

CONCLUSIONS

I. — Les « plaques muqueuses buccales » peuvent se montrer *tardivement*, c'est-à-dire plus de trois ans après le début de la syphilis.

De *toutes* les lésions de la syphilis secondaire tardive, les plaques muqueuses buccales sont incontestablement *les plus fréquentes*. Le territoire de la bouche le plus souvent atteint est la *langue*.

Les plaques muqueuses buccales tardives se présentent avec les *mêmes caractères* morphologiques et anatomiques que dans la période secondaire normale, c'est-à-dire le plus souvent sous forme de *simples érosions* ou *d'ulcérations superficielles* de nature *humide*. Il est cependant une forme particulièrement tardive, toujours linguale, qui est remarquable par sa *fréquence* relative et sa *durée*. C'est *la glossite dépapillante* de M. le professeur A. Fournier, encore appelée *plaque lisse* ou *fauchée*, de nature *sèche*, tant qu'elle n'est pas ulcérée.

II. — Le diagnostic des plaques muqueuses buccales tardives ne sera pas toujours aisé à cause de l'anachronisme de ces accidents. Il ne devra *jamais* être établi d'après leurs *dates d'apparition*, mais plutôt d'après *leurs formes objectives* et surtout par

la *recherche du treponema pollidum à leur surface.*

III. — Les *causes générales* qui occasionnent le réveil de la diathèse, à une époque éloignée du début, alors qu'elle semblait à jamais endormie, sont *encore indéterminées.*

Le *traitement antérieur* semble avoir une influence indéniable dans certains cas, mais est impuissant à en expliquer la majorité.

Le *terrain* et la *graine* jouent, dans l'apparition des lésions tardives, un rôle beaucoup plus important, mais non encore précisé.

Les causes *locales* et *occasionnelles* qui expliquent la grande fréquence des plaques muqueuses dans la bouche nous sont mieux connues. *Toute irritation* produite sur la muqueuse buccale, soit par le passage de l'alcool, soit par une mauvaise dentition, soit surtout par la *fumée* du *tabac*, occasionne sur cette muqueuse un « *locus minoris resistantiæ* » où iront se cantonner de préférence les tréponèmes en circulation dans l'organisme.

IV. — Les plaques muqueuses buccales tardives *diminuent de fréquence*, à mesure que l'on s'éloigne du début de la syphilis. La forme humide devient très rare, après dix ans et le type de la glossite dépapillante, après vingt ans. *Mais il n'existe aucun signe qui permette d'affirmer qu'un syphilitique en sera à tout jamais exempt, dans la suite.*

La plaque muqueuse buccale, comme toutes les plaques muqueuses en général, « peut être une lésion

de toutes les périodes de la syphilis » (Hillairet et Gaucher).

Les plaques muqueuses buccales tardives peuvent se montrer soit *seules*, soit *en coexistence* avec des accidents de la *période tertiaire* ou quaternaire, soit même *à la suite* de ces derniers.

Leur *pronostic* est ordinairement *bénin pour le malade*. Elles guérissent le plus souvent sans laisser de traces de leur passage. Il existe cependant des formes *rebelles au traitement* et à retours *incessants*, particulièrement *désagréables et décourageantes*. La *transformation en leucoplasie peut être l'aboutissant de ces plaques muqueuses tenaces et récidivantes*.

V. — Les plaques muqueuses buccales humides, sont *contagieuses*, *quelle que soit leur date lointaine d'apparition après l'accident primitif*.

La glossite dépapillante, de nature sèche, est très *rarement contagieuse*, à *moins* qu'elle ne soit *érodée*.

La contagion est produite le plus ordinairement par *des lésions bénignes*, d'autant plus *dangereuses* qu'elles sont plus souvent *méconnues*.

A mesure que l'on s'éloigne du début de la syphilis, la voie buccale, à cause de la fréquence de ses lésions, *joue*, dans la transmission de la syphilis, un *rôle aussi important que la voie génitale*.

La *fréquence et la durée* de la contagion par les plaques muqueuses buccales tardives *est en rapport* direct avec la durée et la fréquence de ces accidents dont elle est *le corollaire*.

Le plus grand nombre de ces contagions ont lieu *dans le mariage*, sont transmises presque toujours par le *mari à la femme* et cela habituellement dans les *premiers mois* de leur union.

Elles peuvent quelquefois se produire plus tard, et la femme peut alors être contaminée, après qu'elle ait mis au monde des *enfants sains*.

La *confrontation*, quand elle est *négative*, n'est pas une preuve de la non-contagion par le mari, à cause du temps d'incubation du chancre de la femme durant lequel peuvent guérir les plaques muqueuses de l'homme.

Le pronostic de la syphilis transmise est *variable*. Il dépend du *terrain* et non de la *graine*.

VI. — Le médecin devra examiner la bouche de tout syphilitique qui se présentera à lui. Il le mettra aussi en garde contre la possibilité de retour à *longue échéance* des plaques muqueuses buccales et l'avertira de leur grave danger de contagion, *à chaque récidive*.

Il est du devoir de tout syphilitique, en vue d'empêcher la réapparition de ces accidents contagieux, de s'astreindre à un *traitement prolongé* et à *une hygiène sévère, dès le début de sa maladie*. (*Pas de tabac*, pas d'alcool, bouche toujours en parfait état).

Le mariage sera *refusé* aux syphilitiques qui ne feront pas le *sacrifice* de leurs habitudes *tabagiques*.

Le syphilitique devra surveiller avec attention ses *muqueuses*, afin de découvrir, dès leur apparition, les

plus *minimes érosions* qui dans les cas douteux devront être tenues pour *suspectes*.

Si, malgré tout, des plaques muqueuses buccales apparaissaient tardivement, le malade qui en sera porteur devra prendre les *mêmes précautions* vis-à-vis de son entourage que si ces lésions se montraient dans la *période secondaire*.

VII. — Le syphilitique, atteint de plaques muqueuses buccales tardives, se soumettra à un *traitement local et à un traitement général associés*.

Le médecin se souviendra qu'il est des cas *bénins* et facilement curables, et d'autres *tenaces et rebelles* qui nécessitent quelquefois l'emploi de *plusieurs médications*, avant d'en rencontrer une qui amène leur guérison.

Le traitement local comprendra *la suppression de toute cause irritant* la muqueuse buccale ; *la cautérisation des lésions*, et les soins hygiéniques de la bouche.

Le traitement général devra, dans la majorité des cas, être *intense et prolongé*. La méthode de choix sera la méthode par injections : intra-musculaires de sels de mercure *solubles* (benzoate) ou intra-veineuses de cyanure de mercure.

Dans les cas rebelles, *l'emploi des eaux sulfureuses* permettra une plus *grande mercurialisation* de l'organisme.

L'iodure de potassium sera aussi un bon adjuvant de la cure mercurielle.

L'arséno-benzol ou salvarsan semble trouver ici

une de ses principales applications. Il agit comme *cicatrisant* et a donné de bons résultats, là où d'autres médications avaient échoué.

Il trouve ses indications principalement dans les plaques muqueuses *érosives et ulcéreuses*, lorsque le mercure aura été insuffisant ou mal supporté.

Après la guérison des lésions, le syphilitique continuera le traitement général, *comme s'il s'agissait chez lui d'une syphilis récente*, car l'apparition tardive de plaques muqueuses buccales prouve que la *virulence* du tréponème *n'est pas encore épuisée*.

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Alibert. — Precis théorique et pratique des maladies de la peau, 1822.

Balzer. — Maladies vénériennes, 1910.

Barthélemy. — Notes sur la prolongation excessive de la période secondaire (Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph., 1896, p. 263).

Bassereau. — Syphilides, 1852.

Bazin. — Leçons sur la syphilis et les syphilides, 1856.

Bonnet. — Desquamation en aires chez l'adulte (Ann. des mal. vénér., 1908.)

Cazenave. — Les Syphilides, 1843.

Comandon. — De l'Usage en clinique de l'ultra-microscope, et particulièrement pour la recherche et l'étude du spirochète. Thèse de Paris, 1908-1909.

— Diagnostic du tréponème pâle à l'ultra-microscope Ann. des mal. vénér., 1909.

Compte rendu du Congrès intern. de Dermat. et de Syph., tenu à Paris en 1889.

Compte rendu du Congrès intern. de Dermat. et de Syph., tenu à Londres en 1896.

Davasse et Deville. — Des Plaques muqueuses (Arch. génér. de Médec., 1845-1846).

Delansorne. — Récidives *in situ* de la syphilis. Thèse de Paris, 1893.

Desmoulières. — Les Eaux sulfureuses dans le traitement mer-

curiel. Travail du laboratoire de M. le professeur Gaucher (Ann. des mal. vénér., 1908).

Diday. — Histoire naturelle de la syphilis, 1863.

Emery. — Le Syphiligraphe et le dentiste (La Clinique, mars 1907).

— Traitement de la syphilis par le dioxydiamidoarsenobenzol, 1911.

Emery et Druelle. — Plaques muqueuses buccales survenues dix et vingt ans après le début de la syphilis (Arch. de Médecine, 1903).

Emery et Lacapère. — Diagnostic des accidents d'intoxication mercurielle et des accidents de la syphilis (Ann. des mal. vénér., 1908).

Feulard. — Durée de la contagiosité de la période secondaire de la syphilis. Rapport au Congrès de Londres, 1896 (Ann. de Derm. et de Syph., 1896.)

Finger. — Coïncidence d'accidents secondaires et tertiaires (Ann. de Derm. et de Syph., 1882.)

Frossard. — Rapport entre l'état du système dentaire et les accidents buccaux. Thèse de Paris, 1900-1901.

Fournier. — Contagion de la syphilis. Thèse de Paris, 1860.

— Leçons sur la syphilis, 1881.

— Syphilis et mariage, 1890.

— Traité de la syphilis, 1899.

— La Syphilis secondaire tardive, 1906.

Frossard. — Rapports entre l'état du système dentaire et les accidents buccaux. Thèse de Paris 1900-1901.

Gastou. — Recherche à l'ultra-microscope du spirochæte pallida (Presse médic., 1905, n° 80)

De la Sélection des méthodes thérapeutiques mercurielles, à propos d'un cas de lésions syphilitiques multiformes récidivantes de la langue (Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph., 1904).

GAUCHER.— Le Chancre et les syphilides cutanées et muqueuses 1907.

— Valeur comparée de l'arsenic organique et du mercure dans le traitement de la syphilis (Bull. de l'Académie de Médecine, 15 nov. 1910 et Ann. des maladies vénériennes, 1911).

— Recherches du spirochæte pallida dans les accidents de la syphilis (Journal des Praticiens, 1910, p. 740).

GAUCHER et BARBES. — Plaques muqueuses tardives (Ann. de Derm. et de Syph., 1898).

GAUCHER et CAMUS. — Plaques muqueuses tardives (Ann. des mal. vénér., janv. 1908).

GAUCHER et FOUQUET. — Plaques muqueuses buccales chez un hérédo-syphilitique de vingt-trois ans (Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph., nov. 1908, p. 285).

GAUCHER et HALLOPEAU. — Tentative d'interprétation d'une poussée tardive de syphilide (Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph., déc. 1909, p. 389).

GOURCHET. — Traitement prothétique de certaines ulcérations de la langue (Revue de Stomatologie, août 1906.)

HILLAIRET et GAUCHER. — Traitement des maladies de la peau, 1885.

HUNTER. — Traité de la maladie vénérienne. 1786. Traduction de Ricord, 1859.

JAUCENT. — Le Tabac. Thèse de Paris, 1900-1901.

JEANSELME. — Syphilis secondaire tardive (Journ. des Praticiens, oct. 1909).

JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1879.

LACAPÈRE. — Diagnostic de la leucoplasie (Ann. des mal. vén., 1909).

— La Leucoplasie (Arch. de Médecine, 1905).

LANGLEBERT. — Traité des maladies vénériennes, 1864 et 1867.

MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1883.

Morel-Lavallée. — Lésions syphiloïdes de la bouche et de la langue (Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph., 1893).

— Plaques desquamatives tardives de la langue (Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph., 1896).

Nielsen. — Syphilides papulo-érosives de la bouche, neuf ans après l'infection, avec recherche du spirochæte (Monatsch. für prakt. Dermat., 1909).

Pappée. — Syphilides papulo-érosives, dix et treize ans après l'infection (Monatsch. für prakt. Dermat., 1909).

Renault (Alex.). — Accidents secondaires prolongés (Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph., janv. 1908).

Ricord. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1838.

— Traité complet des maladies vénériennes, 1851.

— Lettres sur la syphilis, 1863.

— Traduction de : Hunter, Traité de la maladie vénérienne, 1859.

Tarassévitch. — Contagiosité tardive. Thèse de Paris, 1896-1897.

Tarnowsky. — Rapport au Congrès de Londres de 1896 (Ann. de Derm. et de Syph., 1896).

Tchistiakoff. — Sur la période condylomateuse de la syphilis.

— Sa durée. La Contagiosité de ses manifestations tardives. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894.

Vidal (de Cassis). — Traité des maladies vénériennes, 1861.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
I. — Historique	13
II. — Définition. — Fréquence. — Formes objectives. Anatomie pathologique	23
III. — Diagnostic clinique et bactériologique	33
IV. — Étiologie	47
V. — Échéance d'apparition. — Évolution. — Pronostic	59
VI. — Contagiosité	69
VII. — Prophylaxie	79
VIII. — Traitement	87
IX. — Observations	97
Conclusion	127
Bibliographie	133

Imp. de la Faculté de médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris